DIE AMBULANTE ÜBERWEISUNGSTÄTIGKEIT IN DER KASSENÄRZTLICHEN ALLGEMEINPRAXIS AUF DEM LAND UND IN DER GROSSSTADT

Brigitte Ernst

1975

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. N. ZÖLLNER

DIE AMBULANTE ÜBERWEISUNGSTÄTIGKEIT IN DER KASSENÄRZTLICHEN ALLGEMEINPRAXIS AUF DEM LAND UND IN DER GROSSSTADT

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Brigitte Ernst
aus Köln

München 1975

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. N. ZÖLLNER
Dekan: Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 18.2.1975

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

I N H A L T

I	EINLEITUNG	7
II	LITERATUR	8
III	BEGRIFFSERLÄUTERUNG	10
IV	STRUKTUR DER PRAXEN I UND II	15
V	METHODIK DER ERFASSUNG	19
VI	EIGENE UNTERSUCHUNGEN	21
	1. Praxis I	21
	2. Praxis II	31
	3. Vergleich P_I und P_{II}	40
	4. Überweisungsbeispiele	50
VII	DISKUSSION	53
VIII	ZUSAMMENFASSUNG	60
IX	RESUMÉE DER AUFGETRETENEN FRAGEN	62
X	ANHANG	63
	A) Ergänzung zu besonderen Überweisungsformen in der kassenärztlichen Praxis	63
	B) Eigene demoskopische Untersuchung	68

XI LITERATURVERZEICHNIS 76

XII LEBENLAUF 79

VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

HA	=	Hausarzt
AA	=	Allgemeinarzt
FA	=	Facharzt
P_I	=	Praxis I
P_{II}	=	Praxis II
ÜS	=	Überweisungsschein
QII/74	=	2. Quartal 1974
RVO	=	Reichsversicherungsordnung
BMV	=	Bundesmantelvertrag
a. W.	=	auf Wunsch
o. Z.	=	ohne Zusammenhang
GÜS	=	Gesamtüberweisungsscheinzahl
EK	=	Ersatzkasse
KOV	=	Kriegsopferversorgung
Tab.	=	Tabelle
Abb.	=	Abbildung
KH	=	Krankenhaus
BGBL	=	Bundesgesetzblatt
KV	=	Kassenvereinigung

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551905_0038

I. EINLEITUNG

Im System der heutigen Medizin wird eine medizinisch-soziologische Analyse des Ineinandergreifens der verschiedenen Teilfunktionen der Fachärzte, Kliniker und Allgemeinärzte gefordert. Im Mittelpunkt des Geschehens steht der Patient, der mit seinen Beschwerden zuerst zu dem Arzt kommt, den er sich frei erwählt (Notfälle bilden eine Ausnahme). In den meisten Fällen ist dies ein Allgemeinarzt. Er steht damit am Beginn eines diagnostischen Prozesses, dessen Gesamtspektrum von der einfachsten Symptomklassifizierung bis zur wissenschaftlich untermauerten Diagnose reicht. Eine zufriedenstellende medizinische Leistung kann in vielen Fällen jedoch nur durch eine optimale Arbeitsteilung zwischen Fachärzten, Klinikern in Universität und im Krankenhaus und Allgemeinärzten erreicht werden. Eine solche Arbeitsteilung funktioniert nur, wenn sich jedes Glied über seine Aufgaben im Rahmen des Ganzen, über seine Stellung zu seinen Partnern und über das freie Arzt-Patienten-Verhältnis im Klaren ist.

Der Weg von einem Glied dieser Kette zum anderen ist durch einen genau definierten Vorgang vorgeschrieben.

> "Die Überweisungen dienen weniger der Beseitigung einer völligen Unklarheit, als einer besonderen Form der Zusammenarbeit in der Medizin."
>
> (Th. v. UEXKÜLL)

In meiner Arbeit, die auf Anregung von BRANDLMEIER und PILLAU entstanden ist, habe ich versucht, die derzeitigen Probleme der Überweisungstechniken aufzuzeigen. Überall da, wo Fragen gestellt werden, sind Antworten erforderlich, die in unseren Fällen Konsequenzen haben sollten. Anhand eines Vergleiches der Überweisungstätigkeit in zwei allgemeinärztlichen Praxen habe ich mir zur Aufgabe gestellt, Fehler zu suchen, die verantwortlich sein könnten, für eine mangelnde Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Ärztegruppen.

II LITERATUR

In der Literatur sind viele Veröffentlichungen zu finden, die sich mit dem Problem der ärztlichen Zusammenarbeit beschäftigen.

So schreibt Th. v. UEXKÜLL in seinem Vorwort zum "Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis" von R. N. BRAUN:

> "Im Gesamtprozeß steht der Allgemeinarzt in vorderster Linie. Seine Aufgabe ist es, optimale Handlungsanweisungen für die arbeitsteilige Funktion zu entwickeln. Es besteht zwischen der Medizin des praktischen Arztes und der des Spezialisten kein Qualitätsunterschied. Es geht bei Überweisungen nicht um eine Schwelle zwischen minderwertiger und hochwertiger Medizin, sondern um ein Sichergänzen verschiedenartiger gleichwertiger Funktionen."

R. N. BRAUN schreibt im gleichen Buch:

> "Bei den Überweisungen kommt es sehr darauf an, daß der Allgemeinmediziner die Fachkollegen ausreichend informiert. Der beanspruchte Spezialist wiederum muß sich um die Information kümmern und dann seinerseits das Wichtigste davon zurückschreiben, was er dachte und was mit dem Patienten geschah."

Können diese markanten Forderungen von allen Partnern optimal erfüllt werden? Ist es überhaupt noch möglich bei der Vielzahl der Patienten Zeitmangel und Bürokratismus zu überwinden? Wie verhält sich der Patient?

Die ständig wechselnde Arzt-Patienten-Beziehung hat BALINT 1) in jahrelanger Arbeit untersucht und in seinem Buch

> "Der Arzt, sein Patient und die Krankheit"

dokumentiert.

Er stellt die Frage nach der moralischen Verantwortung für den überwiesenen Patienten. Wer trägt sie? Er kommt zu der Schlußfolgerung,

---

1) englischer Arzt und Psychoanalytiker

daß der praktische Arzt die Sorge für seinen Patienten voll auf sich genommen hat. Er hat die Möglichkeit, dessen Lebensgeschichte in gesunden und kranken Tagen in all ihrem Ernst und bis in die kleinsten Einzelheiten zu verfolgen. Er wird seinen Patienten während einer klinischen Krankheit betreuen, und falls notwendig, Rat und Hilfe des Facharztes einholen. Er wird aber auch versuchen, seinen Patienten davon abzuhalten, sich eine Krankheit um unbedeutende körperliche Befunde zu "organisieren". So wird der Facharzt nicht mehr der überlegene Mentor, sondern vielmehr der fachkundige Beirat des praktischen Arztes sein, ihm jedoch nur einen sehr geringen Teil seiner moralischen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten abnehmen.

III BEGRIFFSERLÄUTERUNG

Kassenärztliche ÜS sind in ihrer jetzigen Form erstmals am 19. Mai 1964 bundeseinheitlich erstellt worden. Dabei galt die Regelung nur für die RVO-Kassen. Nach laufenden "Anpassungen" wurden die Formulare zuletzt am 15.12.1970 überarbeitet und sind seit dem 1. Januar 1971 fast identisch mit der RVO-Kassenabfassung, auch für den Ersatzkassenbereich geltend in Kraft getreten.
Erforderlich für die Ausstellung eines Überweisungsformulares ist das Vorhandensein eines gültigen Krankenscheines, den der Patient einem Arzt seiner freien Wahl vorlegt.

Die gesetzlichen Bestimmungen und vertraglichen Vereinbarungen in Bezug auf die kassenärztliche Überweisungstätigkeit in der BRD sind verankert im Bundesmantelvertrag (§§ 368 ff) für Ärzte zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen in der Fassung vom 26. Mai 1971.

In § 1 ist der Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages beschrieben:

1) Dieser Vertrag regelt die kassenärztliche Versorgung (§ 368 Abs. 2 RVO), die dem Berechtigten gegenüber den Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen zusteht. Er bildet den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (§ 368 g Abs. 2 RVO) und ist insoweit verbindlich, als Ausnahmen nicht vorgesehen sind.

2) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Gesetzes über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenrecht - GKAR) vom 17. August 1955 (BGBL 1/S. 513).

Für die Überweisungstätigkeit ist der § 10 des BMV vom 1.1.1959 mit Fassung vom 26.5.1971 und Stand September 1974 rechtskräftig. Er besagt:

1) Der Kassenarzt kann, wenn erforderlich, den Kranken zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen anderen Kassenarzt oder eine sonstige berechtigte

Stelle (kasseneigenes Institut, Poliklinik) überweisen. Die Überweisung zu einem anderen Kassenarzt derselben Disziplin (Arztgruppe) ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

2) Überweisungen zur ambulanten Ausführung ärztlicher Sachleistungen, ggf. auch anderer bestimmter Leistungen an Ärzte, die nicht zugelassen oder an der kassenärztlichen Versorgung nicht beteiligt sind, sowie an ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen nur unter der Voraussetzung erfolgen, daß die kassenärztliche Vereinigung den Arzt oder die ärztlich geleitete Einrichtung zur Ausführung allgemein oder im Einzelfall ermöchtigt hat.

3) Das Nähere über die Vornahme von Überweisungen regelt der Landesmantelvertrag.

4) Die Krankenkassen können sich die Genehmigung von ärztlichen Sachleistungen vorbehalten, die nicht in die Gesamtvergütung einbezogen sind.

Jeder Überweisungsschein für ambulante kassenärztliche Behandlung muß - analog dem Krankenschein - einen Vermerk über die Gültigkeitsdauer enthalten.

§ 9 Abs. 1 des BMV sagt aus, daß ein US jeweils für einen Behandlungsfall gilt, wobei als Behandlungsfall (Abs. 2) anzusehen ist, die gesamte von demselben Arzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken vorgenommene Behandlung (etc.). Somit ist der ÜS (lt. Abs. 3) - sofern er keinen abweichenden Vermerk enthält - nur gültig für das Kalendervierteljahr, in dem er ausgestellt wurde.

Bei den vorliegenden ÜS-Mustern für ambulante kassenärztliche Behandlung (RVO, EK und Bundesbehandlungsschein) wurden die Schwerpunkte mit arabischen Ziffern von 1 bis 5 gekennzeichnet.

1) exakte Angaben zur Person:
Name, Vornahme, Geburtsdatum, Arbeitgeber, Wohnung und Kassenzugehörigkeit.

2) Kennzeichnung des Versicherten durch Gruppenzugehörigkeit, Krankenkassen-Nr. laut Krankenschein und Gültigkeitsdauer desselben.

3) Genaue Benennung der gewünschten Fachrichtung ohne Namensnennung, um das freie Patienten-Arzt-Verhältnis zu wahren.

AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | KNAPPSCHAFT

M F R — Versichertengruppe laut Krankenschein kennzeichnen

Krankenkassen-Nr. laut Krankenschein:

Gültigkeitsdauer:

Überweisungsschein

für ambulante kassenärztliche Behandlung

(Name d. Versicherten/Versorgungsberechtigten) (Vorn.) (geb. am)

(Ehegatte/Kind/Sonst. Angeh.) (Vorname) (geb. am)

(Arbeitg./Dienstst./Rent./BVG/Freiw.) (Mitgl.-Nr.) (Krankensch.-Nr.)

(Wohnung des Patienten)

Zur Beachtung für den Versicherten!

Dieser Überweisungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach seiner Ausstellung verwendet wird, spätestens mit Ablauf des Kalendervierteljahres seiner Ausstellung.

Eine auf dem Krankenschein angegebene Gültigkeitsdauer ist vom überweisenden Arzt hier zu übertragen.

Ohne Angaben gilt dieser Überweisungsschein für das Kalendervierteljahr, in dem er ausgestellt wurde.

Überweisung an prakt. Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin / Facharzt für

☐ a) zur Mitbehandlung ☐ zur Weiterbehandlung ☐ zum Zwecke der Krankheitserkennung

wegen

☐ b) wegen Notfallbehandlung ☐ zur ambulanten Behandlung nach stat. Krankenhausbehandlung

c) zur Durchführung bestimmter Leistungen – z. B. Röntgen, Labor – (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):

wegen

d) Besondere Hinweise:

AU voraussichtlich bis bescheinigt.

Ausgestellt am:

(Stempel des überweisenden Arztes) (Unterschrift des überweisenden Arztes) 6

(Rückseite)

Quartal /197

Diagnose(n):

Tag		Tag		Tag	

Abrechnungsblatt: vom Facharzt auszufüllen

GOÄ

Krankenkassen-Nr.

KV-Kto-Nr.

Fall-Nr.

M F R — Zutreffende Vers.-Gruppe mit X ankreuzen

Pos. Nr.	Häufigkeit	Pos. Nr.	Häufigkeit

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit ☐*)

Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen, Schlägerei ☐

Versorgungsleiden ☐

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Therapie und Begründung zu den Leistungen: (Bei i. v. Injektionen Mittel, bei Laborleistg. Art der Untersuchung angeben)

Entf. km/P

(Kassenarztstempel)

ÜS für EK- und Bundesbehandlungsschein unterscheiden sich durch verschiedene Farben, nicht in Form und Inhalt.

Die Abkürzungen des KOV-ÜS bedeuten

S = Schwerbeschädigte

A = Angehörige

P = Pflegeperson

H = Hinterbliebene

(Eine Ausnahmeregelung besteht in der ambulanten Überweisung an Chefärzte einer Krankenhausabteilung!)

4) Forderung einer unmißverständlichen Auftragserteilung. Der Arzt muß für veranlaßte Leistungen die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäß § 368 e RVO beachten. Bei nur ungenügend bezeichneten Überweisungsaufträgen, oder bei einem ÜS ohne jeden Auftrag, muß der überweisende Arzt damit rechnen, unter Umständen schadensersatzpflichtig gemacht zu werden.

5) Der den ÜS ausstellende Vertragsarzt muß seine eigenhändige Unterschrift und den Praxisstempel anbringen, sowie das Ausstellungsdatum eintragen. Jeder ÜS, der statt eigener Unterschrift einen Faksimilestempel trägt, muß zurückgewiesen werden (Gerichtsentscheid).

Zur Vollständigkeit seien an dieser Stelle noch alle Überweisungsarten 1) der Kassenpraxis aufgeführt, die einen besonderen Charakter tragen und deshalb in der Statistik unberücksichtigt bleiben.

1) Überweisung von Kassenärzten zu Kassenzahnärzten.

2) Untersuchungsanträge für staatlich bakteriologische Untersuchungsanstalt.

3) Überweisung bei Arbeitsunfällen (einschließlich Schule und Studenten sowie Kinder in Kindergärten).

4) Überweisung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes.

5) Überweisung bei Früherkennungsmaßnahmen
   5.1. bei Frauen (ab dem 30. Lebensjahr)
   5.2 bei Männern (ab dem 45. Lebensjahr)
   5.3 bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres
   5.4 im Rahmen der Mutterschaftsbetreuung

6) Überweisung zur Psychotherapie (Psychotherapierichtlinien der RVO § 247 vom 3.5.1967).

Im Rahmen dieser oben aufgeführten Erkrankungsarten oder Früherkennungsuntersuchungen sind die üblichen kassenärztlichen Überwei-

---

1) siehe Ergänzungsanhang A

sungen von Arzt zu Arzt (ausgenommen zur Zytologie) nicht möglich.

Sobald z. B. die Früherkennungsuntersuchung eine Krankheit oder einen Krankheitsverdacht ergibt, sind alle weiteren Maßnahmen (Diagnostik und Therapie) als kurative Leistungen zu erbringen und über Krankenscheint (mittels ÜS) abzurechnen.

7) Mit Wirkung vom 1. 10. 1974 trat ein Ergänzungsbeschluß zum BMV in Kraft, der es jedem Allgemeinarzt zur gesetzlichen Pflicht macht, jeden privaten häuslichen oder privaten Verkehrsunfall dem Chirurgen zuzuleiten, wenn aufgrund der traumatischen Schädigung zur Wiederherstellung des Patienten länger als 18 Tage benötigt werden.

IV BESCHREIBUNG DER STRUKTUR DER PRAXEN P_I UND P_{II}

PRAXIS-STRUKTUR

Um eine möglichst große Zahl vergleichbarer Fälle untersuchen zu können, habe ich das Krankengut zweier Allgemeinpraxen im Zeitraum eines Quartals bearbeitet.

Es handelt sich um eine Praxis in einer Großstadt (Praxis I) und um eine Praxis auf dem Land (Praxis II). Der Bearbeitungszeitraum erstreckte sich vom 1. April 74 bis 30. Juni 74 (also QII/74).

PRAXIS I

Praxis I liegt am Rande einer Großstadt (Universitätsstadt) im süddeutschen Raum und hat im Mittel 1000 kassenärztliche Patienten. Sie wird geführt von einem Arzt für Allgemeinmedizin, der vorwiegend internistisch ausgerichtet ist. Für die Diagnostik und Überwegung der Patienten stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Apparative Diagnostik P_I

1) für ein mittleres Labor:
   1 Beckmann Photometer 12/11, 1 Lange Photometer LP3, 1 Koagulometer, 1 Mikroskop

   Folgende Laborwerte werden bestimmt:
   a) Blut: BKS, Erythrozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Leukozyten, Differenzierung der Leukozyten, Thrombozyten, Prothrombinzeit (Quick), Blutzucker
   b) Serum: Harnstoff N, Kreatin, Bilirubin, Gesamtlipide, Cholesterin, Triglyceride
   c) Fermente: Amylase, Phosphatasen, Transaminasen, (SGOT, SGPT, LDH, CPK, γ-GT)

d) Elektrolyte: Na, K, Ca, Eisen
e) Harn: PH, spez. Gewicht, Eiweiß, Harnzucker, Urobilin, Harnsediment.
Labor arbeitet mit Qualitätskontrolle.

2) Zur weiteren Diagnostik stehen zur Verfügung:
EKG mit Herzschallschreibung, Oszillographie

3) Für Früherkennungsuntersuchungen der weiblichen Genitalorgane ist ein gynäkologischer Stuhl vorhanden. Zytologische Abstriche werden nicht untersucht.

Apparative Therapie P_I

Zur Therapie bieten sich durch apparative Ausrüstung folgende Möglichkeiten:

1) Extensionsbehandlung (mit entsprechenden Extensionstisch)

2) Reizstrombehandlung (Jonomod.)

3) Wärmebehandlung (Kurzwelle)

4) Inhalationsbehandlung

5) Möglichkeit der UV-Lichtbestrahlung

Räume P_I

Die Räumlichkeiten der Praxis I setzen sich zusammen aus:
1 Wartezimmer, 2 Sprechzimmern, 1 Behandlungsraum, 1 Labor, 1 Anmelderaum, 2 Toiletten.

Darin arbeiten 1 Arzt (zeitweise mit Assistenten) und 2 Helferinnen.

Im gleichen Haus befindet sich die Praxis eines Urologen, in nächster Nähe die eines Röntgenfacharztes, Orthopäden, Gynäkologen, Dermatologen und Ophthalmologen. Darüberhinaus gibt es in dieser Großstadt alle Möglichkeiten der fachärztlichen Diagnostik und Weiterbehandlung.

PRAXIS II

Praxis II ist eine Landpraxis im süddeutschen Raum. Sie liegt zwischen einer mittelgroßen Kreisstadt (10 km) und einer Großstadt (26 km). In der Kreisstadt gibt es ein Krankenhaus (400 Betten) und folgende Fachärzte für:

Interne Medizin, Augen, HNO, Haut, Kinder, Orthopädie, Röntgenologie, Urologie, Gynäkologie.

In der Großstadt (Universitätsstadt) sind alle Fachgebiete vorhanden. Der Facharztbesuch dort ist jedoch immer mit längeren Anfahrtswegen für den Patienten verbunden.

Die Praxis rechnet im Durchschnitt 1700 Kassenarztscheine ab. Sie wird geführt von einem Arzt für Allgemeinmedizin, dem neben einem Assistenten 4 Helferinnen zur Verfügung stehen.

Folgende Räume sind vorhanden:
2 Warteräume, 1 Anmelderaum, 1 Sprechzimmer, 1 Behandlungszimmer, 1 Bestrahlungsraum, 1 Labor, 1 Toilette.

Apparative Diagnostik

Zur klinischen Diagnostik und Überwachung der Patienten stehen zur Verfügung:

1) großes Labor mit
   1 Eppendorf-Photometer, 1 Lange-Photometer M_{6a}, 1 Koagulometer, 1 Mikroskop

   Folgende Laborwerte werden bestimmt:
   a) Blut: Erythrozyten, BKS, Hämoglobin, Hämatokrit, Leukozyten und Differenzierung der Leukozyten, Thrombozyten, Blutungszeit, Gerinnungszeit, Prothrombinzeit (Quick), Blutzucker
   b) Serum: Harnstoff N, Kreatinin, Harnsäure, Bilirubin, Gesamtlipide, Neutralfette, Cholesterin
   c) Fermente: Amylase, Phosphatasen saure und alkalische, Transaminasen (SGOT, SGPT, γ-GT, LDH, CPK)
   d) Eiweiß-Elektrophorese im Serum
   e) Elektrolyte: Na, Ka, Ca, Chlorid, Eisen

f) Harn: PH, spez. Gewicht, Harnzucker, Eiweiß, Urobilin, Harnsediment, Ketonkörper, Steinanalyse, Urikult

g) Stuhl auf Blut und WE

Ferner werden Abstriche von Harnröhre, Vagina etc. selber mit entsprechender Färbung differenziert. Pilzkulturen werden angelegt.

2) Zur weiteren Diagnostik stehen zur Verfügung:
1 EKG mit Herzschallschreibung, 1 Vitalograph, 1 Durchleuchtungsgerät (für orientierende DL), 1 Röntgengerät (für Frakturen im Bereich der Extremität), 1 Rectoskop (Goldlight).

Apparative Therapie

Therapeutisch bieten sich folgende Möglichkeiten:

1) Extensionsbehandlung (Glisson-Schlinge)

2) Reizstrombehandlung (Jonomod.)

3) Inhalationstherapie (mit vitalographischer Überwachung)

4) Wärmebehandlung (Kurzwelle)

5) Möglichkeit der UV-Lichtbestrahlung

6) es ist ein komplettes Instrumentarium zur Versorgung entsprechender chirurgischer Erkrankungen (Wundversorgung, Extraktionen, Einrichtung von Frakturen und Luxationen etc.) vorhanden.

V METHODIK DER ERFASSUNG

Zur Bearbeitung der einleitend zur Diskussion gestellten Fragen nach der Überweisungstätigkeit stellte ich zunächst fest, daß die Patientenkarteien in beiden Praxen nach dem gleichen System geordnet sind:

Angaben zur Person werden mittels einer Adrema-Schablone auf die Überweisungsvordrucke übertragen.

NACHTEILE DIESER METHODE: Schablonenabdrucke korrespondieren nicht mit vorgedrucktem Schema und werden unleserlich. Es ergaben sich daraus Schwierigkeiten in der Personifizierung der Überweisungsformulare.

In dem Zeitraum eines Quartals (vom 1.4.74 bis 30.6.74) wurden in beiden Praxen alle kassenärztlichen Überweisungsauftragsformulare in doppelter Ausfertigung geschrieben. Ich legte für beide Praxen je einen Ordner an, in dem zu jeder ÜS-Durchschrift die schriftliche Antwort (wenn vorhanden) geheftet wurde.

Die ÜS wurden zunächst geordnet nach

Praxis I und Praxis II

beantwortete Überweisungen (dabei galten als beantwortet auch telefonisch besprochene Befunde)

nicht beantwortete Überweisungen.

Jede der beiden Gruppen "beantwortet", "nicht beantwortet" wurden dann je Praxis I/II (1/2) geordnet nach Fachgebieten:

1. Augen
2. Chirurgie
3. Interne
4. Röntgen
5. Orthopädie
6. HNO
7. Gynäkologie
8. Neurologie, Psychiatrie
9. Haut
10. Allgemeinmedizin
11. Urologie

12. Labor
13. Pädiatrie
14. Pulmologie
15. Sonstiges

Nachdem die ÜS derart vorbereitet waren, begann ich mit der Auszählung nach den verschiedenen Gesichtspunkten.

1. Zahl der Patienten (P_I und P_{II} getrennt)
2. Unterteilung nach Geschlecht und Altersgruppen (P_I und P_{II} getrennt)
3. Mengenmäßige Verteilung der ÜS im Verlauf des II. Quartals 1974 je Monat (P_I und P_{II} getrennt)
4. Ursachen der Überweisungen
   - auf eigenen Wunsch des Patienten
   - Notfallüberweisungen
   - Krankheitserkennung
   - Krankheitserkennung und Weiterbehandlung
   - Weiterbehandlung
   - Mitbehandlung
   - ambulante Behandlung nach stationärem Aufenthalt.

Anschließend mußten folgende ÜS aussortiert werden:
Sonntags- und Feiertagsdienst-ÜS der Praxis II.

(Während Praxis I einer Notdienstzentrale angeschlossen ist, haben sich im Gebiet der Praxis II 7 Kollegen zu einem wechselweise durchgeführten Sonn- und Feiertagsdienst bereiterklärt. Hierbei vertritt immer 1 Allgemeinarzt die anderen 6. Da die Krankenscheine bei dem entsprechenden Hausarzt vorliegen, bekommt der vertretende Arzt einen ÜS, den er abrechnen kann. In der Praxis I erfolgt die Abrechnung der Notfalldienste nach einem gesonderten Modus).

Die ÜS für Sonn- und Feiertagsdienste wurden ausgezählt und von der ÜS-Gesamtzahl der P_{II} abgezogen.

Zum Schluß stellte ich einen Vergleich zwischen Praxis I und Praxis II an, mit verschiedenen graphischen Darstellungen zur besseren Übersicht.

VI EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Es wurden insgesamt in beiden Praxen (P_I und P_{II}) 1097 kassenärztliche ÜS bearbeitet.

P_I = 609 ÜS
P_{II} = 488 ÜS

Die zahlenmäßige Auswertung erfolgte getrennt für beide Praxen.

PRAXIS I (Großstadt)

1.o Bei einer Gesamtscheinzahl von 1004 im II. Quartal 1974 (832 Mitglieder und 132 Rentner) wurden 609 ÜS-Formulare abgegeben. Das sind 60,7 % der Gesamtscheinzahl.

1.1 Von 220 Patienten der 609 überwiesenen erfuhr der Hausarzt telefonisch oder schriftlich Befunde und erhielt Therapievorschläge vom FA. (In einem Fall wurde er nach anfänglich schriftlichem Bericht telefonisch über den weiteren Krankheitsverlauf unterrichtet). Die übrigen 389 Überweisungsanfragen blieben unbeantwortet.
Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine Prüfung nach Nutzung der ÜS nicht erfolgt ist.

Setzt man die Gesamtzahl der ÜS gleich 100 %, so ergibt sich folgende Verteilung:

	Fälle	Prozente
Gesamt ÜS:	609	100,0
Beantwortete ÜS:	220	36,1
Unbeantwortete ÜS:	389	63,9

1.2 ÜS geordnet nach Geschlecht der Patienten:

	Fälle	Prozente
Frauen:	356	58,5
Männer:	170	27,9
Kinder:	83	13,6
	609	100,0

1.3 TABELLE 1

Altersverteilung bei Frauen und Männern

	Frauen	Männer
15 - 20	39	11
20 - 30	61	28
30 - 40	89	47
40 - 50	55	30
50 - 60	48	24
60 - 70	33	15
70 und Ältere	31	15
	356	170

1.4 TABELLE 2

Monatliche Verteilung der ÜS in QII/74

Monat	Beantwortete	Unbeantwortete	Gesamt
April	88	163	251
Mai	90	164	254
Juni	42	62	104
	220	389	609

1.5 Einige Patienten erhielten im QII/74 mehrere ÜS in verschiedene Fachrichtungen.

Fälle	Anzahl der ÜS
16	2
7	3
2	4

1.6 TABELLE 3

Aufteilung der ÜS nach Fachgebieten

	ÜS-Zahl	in %
Augen	100	16,4
Orthopädie	90	14,8
HNO	73	12,0
Gynäkologie	68	11,2
Röntgen	66	10,8
Labor	39	6,4
Chirurgie	33	5,4
Interne	31	5,0
Haut	27	4,4
Allgemeinmedizin	24	3,9
Urologie	24	3,9
Neurologie	18	3,0
Pädiatrie	12	2,0
Pulmologie	2	0,3
Dt. Herzzentrum	2	0,3
	609	100,0

1.7 TABELLE 4

Wieviele Überweisungsaufträge je Fachgebiet wurden beantwortet, wieviele blieben ohne Antwort?

	Mit Antwort ÜS	in %	Ohne Antwort ÜS	in %
Augen	3	3,0	97	97,0
Orthopädie	28	31,0	62	69,0
HNO	20	27,3	53	72,7
Gynäkologie	3	4,2	65	95,8
Röntgen	63	95,8	3	4,2
Labor	39	100,0	0	0,0
Chirurgie	13	39,4	20	60,6
Interne	11	35,5	20	64,5
Haut	4	14,8	23	85,2
Allgemeinmedizin	0	0,0	24	100,0
Urologie	23	95,8	1	4,2
Neurologie	3	16,7	15	83,3
Pädiatrie	6	50,0	6	50,0
Pulmologie	2	100,0	0	0,0
Dt. Herzzentrum	2	100,0	0	0,0

(Die jeweilige ÜS-Zahl des entsprechenden Fachgebietes = 100 %)

Zusammenfassend stelle ich fest, daß der AA der P_I, der 609 ÜS ausfüllte, nur in 36,1 % der Fälle eine Antwort auf seine Fragen bekam. Bei den übrigen 63,9 % erhielt er keine Information. Dabei fielen besonders die Fachgebiete Augen, Orthopädie, HNO, Gynäkologie und Haut durch nicht beantwortete Anfragen auf.

1.8 Überweisungsursachen

1.8.1 Überweisung "a. W. des Patienten"

Überweisungen auf eigenen Wunsch des Patienten (nach § 10 BMV) erfolgten im Bearbeitungszeitraum QII/74 bei 334 Patienten. Das entspricht 54,8 % der 609 insgesamt Überwiesenen.
Davon entfielen auf:

	Zahl	Prozente
Frauen	215	61,8
Männer	75	23,5
Kinder	44	14,7
	334	100,0

TABELLE 5

Aufteilung in verschiedene Altersgruppen (siehe auch Abb. 1)

Alter (Jahren)	Frauen	Männer
15 - 20	26	3
20 - 30	31	9
30 - 40	55	19
40 - 50	38	15
50 - 60	34	11
60 - 70	10	8
70 und Ältere	21	10
Summe	215	75

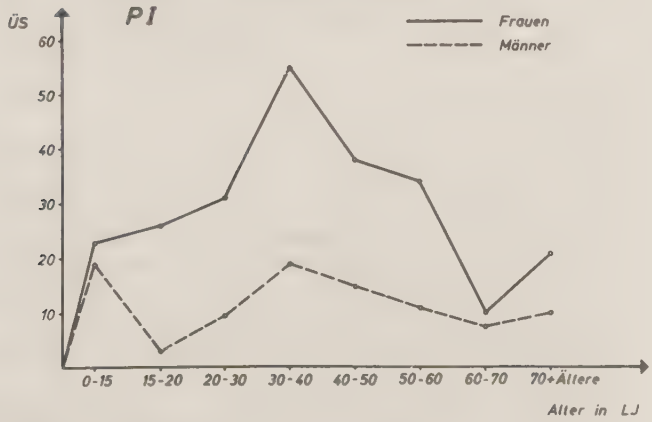

ABBILDUNG 1

Altersgruppen der "a. W." überwiesenen Patienten.

1.8.2 In welche Fachgebiete wünschten die Patienten überwiesen zu werden?

TABELLE 6

Fachgebiete, die bevorzugt wurden von "a. W." überwiesenen Patienten unter Berücksichtigung der Beantwortung von Überweisungsaufträgen

	ÜS Mit Antwort	ÜS Ohne Antwort	ÜS Gesamt Anzahl	in %
Augen	1	91	92	92,0
Gynäkologie	1	61	62	91,2
Orthopädie	8	52	60	66,6
HNO	5	46	51	69,8
Neurologie	2	12	14	88,8
Interne	1	8	9	29,0
Chirurgie	1	6	7	21,2
Urologie	10	1	11	45,8
Haut	2	20	22	12,3
Allgemeinmedizin	0	3	3	12,5
Pädiatrie	0	3	3	25,0
Summe	31	303	334	--.-

(Die Prozentzahl wurde ermittelt aus der Gesamtanzahl der Überweisungen pro Fachgebiet.)

1.9 Notfallüberweisungen

Eine weitere Ursache der Überweisung eines Patienten ist die Notfallbehandlung. P_I stellte 45 Überweisungsformulare nachträglich den Patienten aus, die sofort in eine chirurgische Ambulanz (15), zum Augenarzt (1), in die Gynäkologische Ambulanz (1), zu einem Kinderarzt (3) und zum Internisten (4) gingen. 21 Patienten erkrankten an ihrem Urlaubsort und mußten dort von einem Allgemeinarzt betreut werden.
45 Überweisungen von der Gesamtzahl 609, das sind 7,4 %.

Nur in 7 Fällen (6 = Chirurgie, 1 = Pädiatrie) erhielt der Hausarzt Kenntnis über die Art der Erkrankung und die Notfallbehand-

lung. Besonders auffallend war, daß keiner der im Notfall behandelnden Allgemeinärzte einen Hinweis gab (z. B. Antibiotikum o. ä.). So komnte auch bei allen Überweisungsformularen nur die Rubrik "Notfall" angekreuzt werden, nicht jedoch eine unmißverständliche Auftragserteilung erfolgen.

1.10. Weitere Überweisungsursachen (Tab. 7-9):

Mitbehandlung, Weiterbehandlung, Krankheitserkennung, ambulante Behandlung nach stationärem Aufenthalt, Krankheitserkennung und Weiterbehandlung.

TABELLE 7

Anzahl der ÜS pro Fachgebiet

Ursache	ÜS	Prozente
Mitbehandlung	101	16,6
Weiterbehandlung	136	22,3
Krankheitserkennung	142	23,3
amb. Behandl. nach stat. Aufenthalt	10	1,6
Krankheitserkennung und Weiterbehandlung	220	36,2

TABELLE 8

Anzahl der beantworteten Überweisungsanfragen pro Fachgebiet

Ursache	ÜS	Prozente
Mitbehandlung	16 (101)	15,8
Weiterbehandlung	38 (136)	27,9
Krankheitserkennung	131 (142)	91,5
amb. Behandl. nach stat. Aufenthalt	7 (10)	70,0
Krankheitserkennung und Weiterbehandlung	28 (220)	12,7

(Zahl in der Klammer bedeutet Gesamt ÜS pro Überweisungsursache)

1.11 Den größten Anteil bilden die 100 Überweisungen zum Augenarzt 16,4 % der Gesamtüberweisungsscheinanzahl. Nur 3 % davon wurden beantwortet!

Bei der Bearbeitung der einzelnen augenärztlichen Scheine fiel auf, daß nur in 8 Fällen Hinweise auf mögliche Diagnosen und davon nur in 2 Fällen klare Überweisungsaufträge gegeben wurden (siehe Beispiel). Alle anderen Überweisungsformulare zum Augenarzt enthalten nur den Vermerk "a. W."

Hier stellt sich somit die Frage des unzureichenden Auftrages, auch dann, wenn die Konsultation bei dem Facharzt schon vor Ausstellung eines ÜS erfolgt ist. Es ist sicher nicht anzunehmen, daß von den 92 Patienten, die den Augenarzt aufsuchten, keiner Diabetiker ist. Ein Hinweis auf diabetische Stoffwechsellage, Hypertonie oder erhöhten Fettstoffwechsel würde die fachärztliche Diagnose erleichtern oder bestätigen und zusätzliche Untersuchungen ersparen.

Bei den 3 beantworteten Überweisungen, war es immer der gleiche Augenarzt, der in präzisen Antwortschreiben den gesamten augenärztlichen Befund mitteilte. Er benutzte dazu Vordrucke (Visus, Druck, Fundus, entsprechende Therapie).

TABELLE 9

Verteilung der ÜS nach Ursachen und Fachgebieten. Es ist außerdem Bezug genommen auf Beantwortung und Nichtbeantwortung
A = Antwort Zahl = ÜS

Fachgebiet	Mitbehandlung		Weiterbehandl.		Krkh. Erkennung		Amb. Behandl. n. stat. Aufenthalt		Krkh. Erkennung u. Weiterbehandl.	
	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.
Urologie	2	1	4	0	11	0	1	0	5	0
HNO	2	6	5	46	5	0	2	0	6	1
Chirurgie	5	11	7	5	0	0	0	0	1	4
Orthopädie	3	5	10	8	6	2	2	1	7	46
Augen	0	33	1	22	1	3	0	0	1	39
Dt. Herzzentrum	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Gynäkologie	0	2	2	3	0	0	0	0	1	60
Neurologie	0	1	1	1	0	1	0	1	2	11
Haut	0	2	2	2	0	0	0	0	2	19
Interne	1	5	2	3	5	2	0	1	3	9
Pulmologie	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Pädiatrie	3	2	2	1	1	0	0	0	0	3
Labor	0	0	0	0	39	0	0	0	0	0
Röntgen	0	0	0	0	63	3	0	0	0	0
Allgemeinmedizin	0	17	0	7	0	0	0	0	0	0
Summe	16	85	38	98	131	11	7	3	28	192

Beispiel 1

Frau M. S. seit 1 Jahr in allgemeinärztlicher Behandlung wegen Hypertonie. Wird wegen des Verdachtes auf renale Hypertonie zum Augenarzt geschickt. Auf dem Überweisungsschein steht:

Überweisung an Arzt für Allgemeinmedizin/Arzt für .....

Aug - Chir - Gyn - HNO
Haut - Int - Kind - Lab
Neurol - Orthop - Rö - Urol

wegen (Diagnose/Verdacht auf): Verd. auf renale Hypertonie

a. Wunsch d. Pat.

Überweisung erfolgt:

a) zur Mitbehandlung ☐ zur Weiterbehandlung ☐ zur Konsiliaruntersuchung ☒

b) zur ambulanten Behandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung ☐

c) zur Durchführung bestimmter Leistungen – z. B. Röntgen, Labor (Untersuchungsgut/Herkunft des Materials bitte unbedingt angeben) (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):

Erbitte Fundusbefund!

Besondere Hinweise: .....

Ein fachärztlicher Bericht erfolgte jedoch nicht!

Bei den meisten Überweisungen in die anderen Fachgebiete (Gyn., Orthop. etc.), die vom Patienten gewünscht wurden, gab es kurze Hinweise, z. B. zur Mitbehandlung etc. Besondere Hinweise wurden im Falle der Überweisung zum Hautarzt "a. W." manchmal gegeben.

Der Urologe (meistens der Gleiche) gab seine Befunde stets sofort telefonisch durch, ganz gleich ob die Patienten von ihrem Hausarzt geschickt wurden, oder auf eigenes Verlangen kamen.

Schwierig gestaltete sich die Prüfung der Notwendigkeit einer "Auf Wunsch-Überweisung" zum Orthopäden. Erinnernd an die anfänglich aufgezählten therapeutischen Möglichkeiten in der Praxis I, ist es verständlich, daß ein erheblicher Anteil an Bestrahlungen, Elektromassagen etc. vom Allgemeinarzt durchgeführt werden kann.

Es war ferner festzustellen, daß im Bereich der gynäkologischen Untersuchungen, die ebenfalls weitgehend auf Wunsch erfolgten, fast immer der Facharzt dem Allgemeinarzt vorgezogen wurde. Dies geschah, obwohl alle Patientinnen wußten, daß ihr Hausarzt gynäkologisch untersucht und behandelt.

Es soll noch einmal auf die unmißverständliche Auftragserteilung hingewiesen werden. SLUKA u. a. stellten im kassenärztlichen Praxis-Lexikon fest (Stand Juni 1973), daß die Ursache vieler von den Krankenkassen gestellten Prüfungsanträgen in der mangelhaften Begründung der Überweisungsaufträge zu suchen ist. Durch die ungenügende Ausfüllung der ÜS ergeben sich für die ausführenden Fachärzte erhebliche Abrechnungsschwierigkeiten. Es kommt dadurch öfter zu Auftragsüberschreitungen, die wiederum der Facharzt gesondert begründen muß.

Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß der Arzt auch für veranlaßte Leistungen die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäß RVO § 368 e beachten muß. Bei nur ungenügend bezeichneten Überweisungsaufträgen muß der Arzt damit rechnen, unter Umständen schadensersatzpflichtig gemacht zu werden. Außerdem fand ich im kassenärztlichen Praxis-Lexikon die Diktio, daß der Hinweis a. W. d. Pat. nur ein Zusatz ist, der überweisende Arzt aber dennoch verpflichtet ist, den Überweisungsauftrag klar zu formulieren.

PRAXIS II (Land)

2.0 Bei einer Gesamtscheinzahl von 1753 im II. Quartal 74 (davon 1416 Mitglieder und 337 Rentner) wurden 533 Überweisungsformulare abgegeben. Es bleiben die Überweisungen der Sonn- und Feiertagsdienste wegen unterschiedlicher Regelung in beiden Praxen unberücksichtigt. Von der GÜS müssen 45 ÜS abgezogen werden. Es bleiben:

	533 ÜS	
./.	45 ÜS	(Sonn- und Feiertagsdienste)
	488 ÜS	

488 ÜS entsprechen 27,8 % der Gesamtpatientenzahl.

Eine Prüfung der Nutzung der ÜS erfolgte nicht.

2.1 Von 272 überwiesenen Patienten erhielt der HA schriftliche Befunde und bekam Therapievorschläge. Die übrigen 216 Überweisungsanfragen blieben unbeantwortet.

Es ergibt sich folgende Verteilung:

	Fälle	Prozente
Gesamt ÜS:	488	100,0
Beantwortete ÜS:	272	55,7
Unbeantwortete ÜS:	216	44,3

2.2 Geordnet nach dem Geschlecht der Patienten:

	Fälle	Prozente
Frauen:	234	48,0
Männer:	168	34,4
Kinder:	86	17,6
	488	100,0

2.3 TABELLE 10

Verteilung in bestimmten Altersgruppen für Frauen und Männer

Alter (Jahre)	Frauen	Männer
15 - 20	16	11
20 - 30	16	17
30 - 40	50	27
40 - 50	46	30
50 - 60	33	28
60 - 70	38	28
70 und Ältere	35	27
Summe	234	168

2.4 TABELLE 11

Monatliche Verteilung der ÜS im QII/74

Monat	Beantwortete ÜS	Unbeantwortete ÜS	Gesamt ÜS
April	98	106	204
Mai	92	63	155
Juni	82	47	129
Summe	272	216	488

2.5 24 Patienten erhielten ÜS für verschiedene Fachgebiete:

Fälle	Anzahl der ÜS
21	2
3	3

2.6 Erklärung zu Tab. 12

Bei den Überweisungen zur Chirurgie (63, davon 23 Fälle zur Krankheitserkennung) und den Patienten, die zum Internisten (56, davon 46 ÜS zur Krankheitserkennung) geschickt wurden, ist zu berücksichtigen, daß sowohl die chrurgische als auch die interne Abteilung des nahegelegenen Kreiskrankenhauses über eine Röntgen- und Isotopenabteilung verfügt. Für die Landbevölkerung ist es oft zeitraubend und umständlich, ein Röntgeninstitut in der 28 km entfernt gelegenen Großstadt aufzusuchen.

TABELLE 12

Verteilung der Gesamtüberweisungen auf die einzelnen Fachgebiete

		Gesamt ÜS ÜS-Zahl	Gesamt ÜS in %
Augen		115	23,6
Chirurgie		63	12,9
(davon Rö)		(16)	(9,6)
Interne		56	11,5
(davon Rö)		(34)	(2,5)
Orthopädie		50	10,2
Röntgen		47	9,6
(rö Int. + Rö Chir.)	+ 16 + 34 =	97	19,0
HNO		38	7,8
Gynäkologie		29	5,9
Neurologie		18	3,7
Haut		18	3,7
Allgemeinmedizin		14	2,9
Urologie		14	2,9
Labor		11	2,3
Pädiatrie		9	1,8
Pulmologie		6	1,2
Summe		488	100,0

2.7 TABELLE 13

Beantwortung der Überweisungsaufträge

	Mit ÜS	Antwort in %	Ohne ÜS	Antwort in %
Augen	2	1,7	113	98,3
Chirurgie	55	84,7	8	15,9
Interne	54	96,4	2	3,6
Orthopädie	43	86,0	7	14,0
Röntgen	46	97,9	1	2,1
HNO	16	42,1	22	57,9
Gynäkologie	8	27,6	21	72,4
Neurologie	16	88,9	2	11,1
Haut	3	16,7	15	83,3
Allgemeinmedizin	0	0,0	14	100,0
Urologie	7	50,0	7	50,0
Labor	11	100,0	0	0,0
Pädiatrie	6	66,7	3	33,3
Pulmologie	5	83,3	1	16,7
	272	= 55,0 der GÜS-Zahl	216	= 44,3

(Die jeweilige ÜS-Zahl des entsprechenden Fachgebietes = 100,0 %)

Tab. 13 zeigt deutlich, daß es mit Ausnahme der Laborbefunde in keinem Fachgebiet zur Antwort aller Überweisungsanfragen des Allgemeinarztes kam. Besonders fallen bei der Nichtbeantwortung folgende Fachärzte auf:

Allgemein, Augen, Haut, Gynäkologie, HNO, Urologie, Pädiatrie.

Eine Sonderstellung nehmen die Überweisungen zu Allgemeinärzten ein. 8 von den 14 ÜS wurden wegen Notfallbehandlung am Urlaubs- oder Kurort ausgestellt, 6 Patienten nahmen einen Wohnortwechsel vor. Bei letzteren Überweisungsscheinen wurden bisher bekannte Erkrankungen und deren Therapie vermerkt, oder die Patienten erhielten, wenn vorhanden, Befunde für den nachbehandelnden Arzt.

Auffallend sind die 98,3 % der nichtbeantworteten augenärztlichen Anfragen. Auf allen ÜS wurde der Grund der Überweisung exakt angegeben und teilweise auf interessante Nebenbefunde aufmerksam gemacht. 8 Diabetiker wurden zur Kontrolle geschickt, 2 Patienten, bei denen die diabetische Stoffwechsellage erst entdeckt wurde.

Beispiel 2

64-jährige Patientin, bei der im Mai 74 erstmals ein Diabetes festgestellt wurde.

Überweisung an Arzt für Allgemeinmedizin/Arzt für .....

wegen (Diagnose/Verdacht auf): erstmals festgestellte diabetische Stoffwechsellage .....

(Aug) Chir-Gyn-HNO
Haut-Int.-Kin.-Lab
Neurol-Orthop-Rö-Urol

Überweisung erfolgt: a. Wunsch d. Pat.

a) zur Mitbehandlung ☐ zur Weiterbehandlung ☐ zur Konsiliaruntersuchung ☒

b) zur ambulanten Behandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung ☐

c) zur Durchführung bestimmter Leistungen – z. B. Röntgen, Labor (Untersuchungsgut/Herkunft des Materials bitte unbedingt angeben) (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):

Besondere Hinweise: NBZ: 176,1 mg %; 1h n. Belastung 492,1 mg %

Der AA der P_{II} erfuhr den augenärztlichen Befund nicht.

Bei den 2 beantworteten augenärztlichen ÜS hat der HA schriftlich ausdrücklich um einen fachärztlichen Bericht gebeten.

2.8 Überweisungsursachen

2.8.1 Überweisung "a. W." des Patienten

Auf eigenen Wunsch des Patienten (a. W. oder o. Z.) wurden im QII/74 18 Patienten überwiesen, entsprechend 4,1 % der Gesamt-ÜS-Zahl.

Davon

12 Frauen	9	(15.-30. L. J.)
	3	(30.-40. L. J.)
3 Männer		(30.-40. L. J.)
3 Kinder		

2.8.2. TABELLE 14

Gliederung in Fachgebiete, mit und ohne Antwort

Fachgebiet	Mit Antwort	Ohne Antwort	Gesamt-Anzahl
Gynäkologie	2	8	10
Kinder	1	2	3
Augen	1	2	3
HNO	0	1	1
Intern	1	0	1
Summe	5	13	18

13 von 18 ÜS, die a. W. des Patienten ausgestellt wurden, blieben unbeantwortet, entsprechend 61,1 %.

2.9 Notfallüberweisungen

Der Allgemeinarzt stellte 31 ÜS wegen Notfallbehandlung für seine Patienten aus. Ob die Behandlung vor (z. B. prophylaktische Urlaubsüberweisung) 1) oder nach Aushändigung des Ü-Scheines erfolgte, konnte ins Nachhinein nicht sicher geklärt werden. Bezogen auf die Gesamtüberweisungen im QII/74 entsprechen 31 ÜS = 6,4 %. Es entfielen chirurgisch 21, allgemeinärztlich 8 und augenärztlich 2 ÜS. Weshalb die Notfallbehandlung notwendig wurde und worin sie bestand, erfuhr der Allgemeinarzt der P_{II} nur in 16 Fällen, das sind ca. 50 %.

---

1) lt. BMV nicht gestattet

2.10 Weitere Ursachen

TABELLE 15

Weitere Ursachen der kassenärztlichen Überweisung

Ursache	ÜS	Prozente
Mitbehandlung	66	13,5
Weiterbehandlung	98	20,1
Krankheitserkennung	230	47,1
amb. Behandlung nach stationärem Aufenthalt	32	6,6
Krankheitserkennung und Weiterbehandlung	62	12,7

TABELLE 16

Beantwortete ÜS, aufgeführt nach Ursachen

	ÜS		Prozente
Mitbehandlung	14	(66)	21,5
Weiterbehandlung	41	(98)	42,6
Krankheitserkennung	165	(230)	71,7
amb. Behandlung nach stationärem Aufenthalt	20	(32)	62,5
Krankheitserkennung und Weiterbehandlung	32	(62)	51,6

Zusammenfassend stellte ich fest, daß im Bearbeitungszeitraum in P_{II} die meisten ÜS (47,1 %) zum Zwecke der Krankheitserkennung ausgestellt worden sind. Dominierendes Fachgebiet: Röntgenologie. (Von 23 Patienten, bei denen eine MDP durchgeführt wurde, hatten 17 ein Magen- oder Duodenalulcus.) Die Überweisungsaufträge wurden in allen Fällen sofort ausgeführt, die Berichte an den HA erfolgten prompt schriftlich und enthielten neben dem Röntgenbefund meistens Therapievorschläge.

TABELLE 17

Verteilung der ÜS nach Ursachen und Fachgebieten mit Bezugnahme auf Beantwortung und Nichtbeantwortung
A = Antwort

Fachgebiet	Mitbehandlung		Weiterbehandlung		Krankheitserkennung		Amb.Beh. nach stat.Aufenthalt		Krankheitserkennung und Weiterbehandlung	
	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.	Mit A.	Ohne A.
Chirurgie	2	3	9	0	23	1	4	1	17	3
Röntgen	0	0	0	0	46 (96)	1	0	0	0	0
Interne	4	1	0	1	47	0	3	0	0	0
HNO	3	2	8	5	5	9	0	2	0	4
Urologie	2	0	3	2	1	0	1	4	0	1
Labor	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0
Orthopädie	1	1	13	0	14	4	6	0	9	2
Haut	0	0	2	11	1	0	0	0	0	4
Augen	0	36	1	17	1	45	0	4	0	11
Pulmologie	0	0	0	1	4	0	0	0	1	0
Pädiatrie	0	1	1	1	2	0	3	0	0	1
Gynäkologie	1	0	4	12	2	5	0	1	1	3
Neurologie	1	0	0	1	8	0	3	0	4	1
Allgemeinmedizin	0	8	0	6	0	0	0	0	0	0
Einzel-Summe	14	52	41	57	165	65	20	12	32	30

VERGLEICHENDE DARSTELLUNG P_I UND P_{II}

3.0 Die vorausgegangenen Untersuchungen haben gezeigt, daß die Überweisungstätigkeit der Allgemeinärzte unterschiedlich ist. Damit die Unterschiede in P_I und P_{II} einerseits und der Gleichklang andererseits sichtbar werden, habe ich die Ergebnisse graphisch dargestellt.

Die Struktur und Leistungsspektren beider Praxen müssen dabei berücksichtigt werden (Kap. IV, S. 15-18).

3.1 Abb. 2 zeigt die Gegenüberstellung der Gesamtscheinzahl zur ÜS-Zahl. Abb. 3 stellt das prozentuale Verhältnis der ÜS zwischen P_I und P_{II} dar.

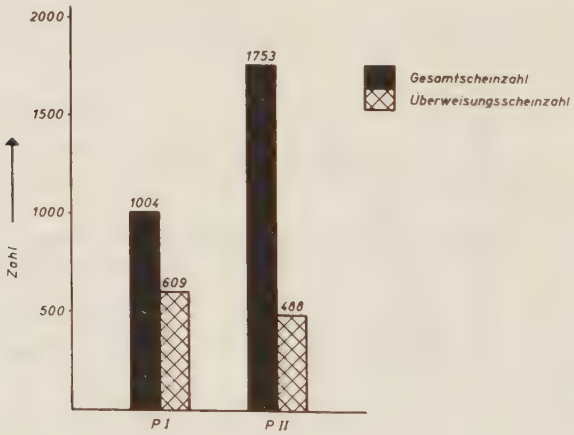

ABBILDUNG 2

ÜS-Zahl im Verhältnis zur Gesamtscheinzahl

P_I: Gesamtscheinzahl: ÜS-Zahl = 1004 : 609, entsprechend 60,7 % ÜS

P_{II}: Gesamtscheinzahl: ÜS-Zahl = 1753 : 488, entsprechend 27,8 % ÜS

ABBILDUNG 3

Prozentuales Verhältnis der ÜS-Zahl P_I und P_{II}

P_I hat im II. Quartal 74 32,9 % der Patienten mehr zum FA überwiesen als P_{II}.

3.2 Prozentuale Verteilung der ÜS von P_I und P_{II} pro Monat QII/74 (Abb. 4)

P_I	ÜS	Prozente
April	251	41,2
Mai	254	41,7
Juni	104	17,1
	609	100,0

	ÜS	Prozente
April	204	41,8
Mai	155	31,8
Juni	129	26,4
	488	100,0

Die Überweisungstätigkeit in beiden Praxen nimmt zu Beginn des 1. Monats im Quartal einen steilen Aufschwung. Praxis I ist dann wegen eines Urlaubs geschlossen. Das erklärt den Abfall in der Monatsmitte. Bis Ende des 2. Monats kommt es erneut zum Ansteigen der Aktivität. Im 3. Quartalsmonat nimmt das Ausstellen der ÜS sehr schnell ab.

In der Praxis II werden im 1. Monat die meisten ÜS ausgestellt. Fast kontinuierlich sinkt die Ausstellungsquote bis Anfang des 3. Quartalmonates ab. Dann kommt es Mitte des 3. Mo-

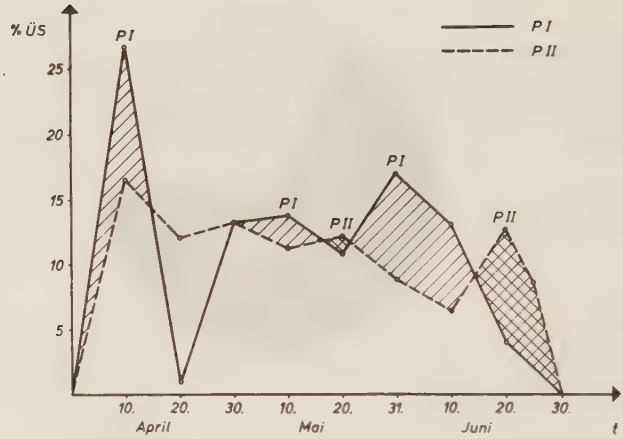

ABBILDUNG 4

Überweisungsaktivität im Verlauf des QII/74

nates nochmals zu einem Aufschwung. Dies ist einmal mit einer sehr stark frequentierten Praxis zu diesem Zeitpunkt zu erklären und zum anderen mit der Tatsache, daß die Praxis in Abwesenheit des Inhabers von seinem Assistenten geführt wurde.

Die Gegenüberstellung von P_I und P_{II} zeigt jedoch übereinstimmend, daß die Abgabe von ÜS in der Allgemeinpraxis zu Beginn des Quartals ihren Höhepunkt erreicht. Als Gründe dafür sind u.a. anzusehen

1. das kassenärztliche Abrechnungssystem

2. Fortführung der im vorangegangenen Quartal begonnenen fachärztlichen Behandlungen

3. das "Quartal-Denken" der Patienten (ausgeprägt vor allem bei der Landbevölkerung),
   z.B. ein zu Beginn des Quartals ausgestellter ÜS kann zu mehrmaligen Facharztbesuchen führen, wobei die Vorteile des Großstadteinkaufs ausgenutzt werden, mit Fahrtkostenersparnis.

3.3 Aufschlüsselung der überwiesenen Patienten nach Geschlecht und Alter (Kinder vom 1. bis zum 14. Lebensjahr werden extra aufgeführt).

P_I	ÜS	Prozente
Frauen	356	58,5
Männer	170	27,9
Kinder	83	13,6
	609	100,0

P_{II}	ÜS	Prozente
Frauen	234	48,0
Männer	168	34,4
Kinder	86	17,6
	488	100,0

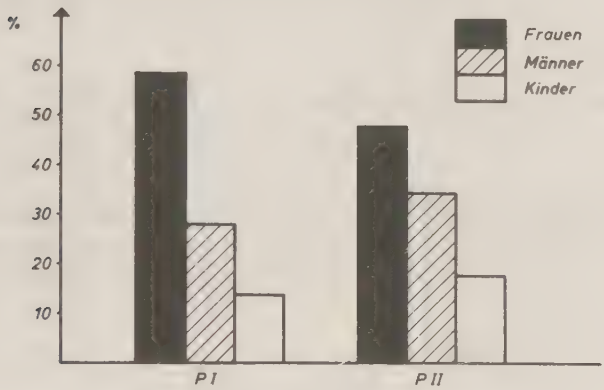

ABBILDUNG 5

Trennung nach Geschlechtern

In beiden Praxen ist ein deutliches Überwiegen der weiblichen überwiesenen Patienten festzustellen. Die ÜS-Zahl für Männer und Kinder ist etwa gleich

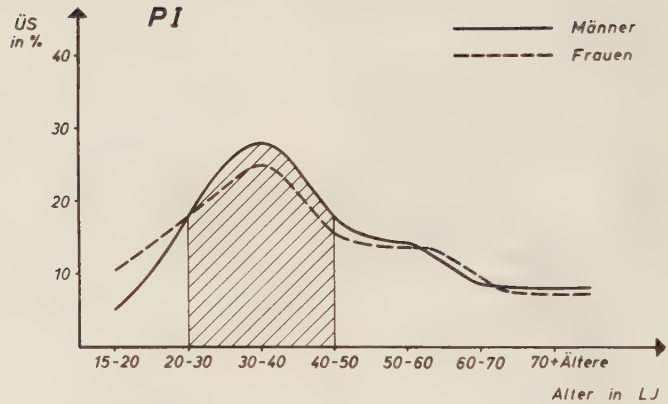

ABBILDUNG 6

Trennung nach Altersgruppen (ab 15. L. J.) für P_I

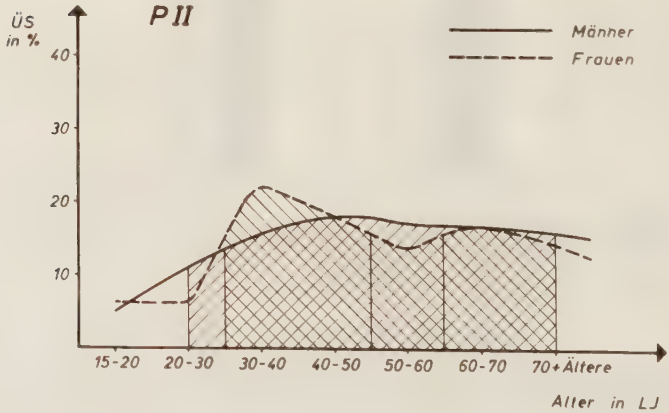

ABBILDUNG 7

Trennung nach Altersgruppen (ab 15. L. J.) für P_{II}

3.4 15 verschiedene Facharztgruppen erhielten ÜS aus P_I, 14 aus P_{II}.

Abb. 8 zeigt vergleichend die prozentuale Verteilung auf Fachgebiete.

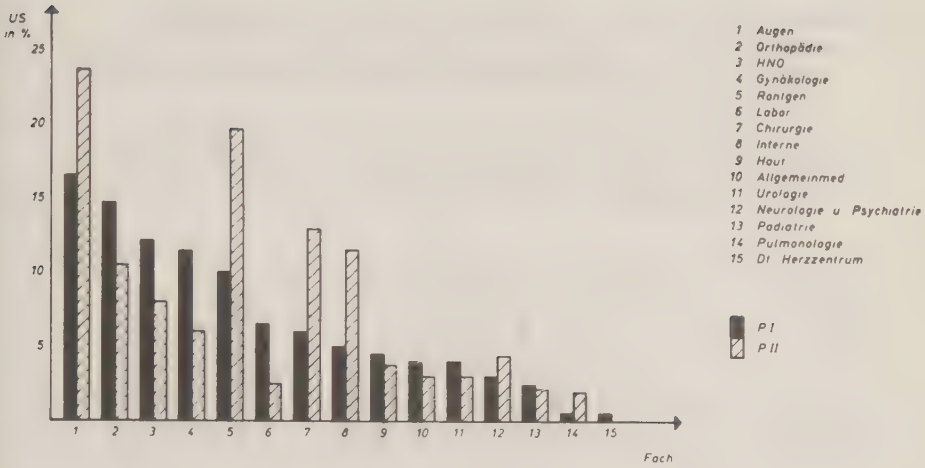

ABBILDUNG 8

Verteilung auf Fachgebiete

Für Praxis II muß eine Korrektur zu Gunsten der Röntgenologie erfolgen, in den Fachgebieten Chirurgie und innerer Medizin (siehe Kap. VI/$_2$, S. 33).

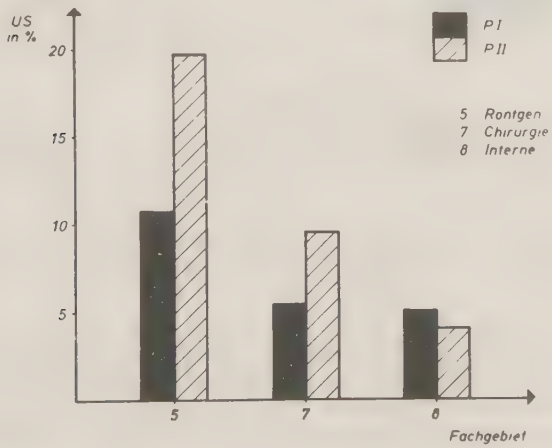

ABBILDUNG 9

Korrektur für P_{II} zu Gunsten der Röntgenologie

3.5 Beantwortung der Überweisungsaufträge

P_I Von 609 ÜS wurden 220 ÜS beantwortet, entsprechend 36,1 %.

P_{II} Von 488 ÜS wurden 272 ÜS beantwortet, entsprechend 55,7 %.

Durchschnittswert für beide Praxen:

44,9 %

der insgesamt 1097 bearbeiteten ÜS wurden beantwortet.

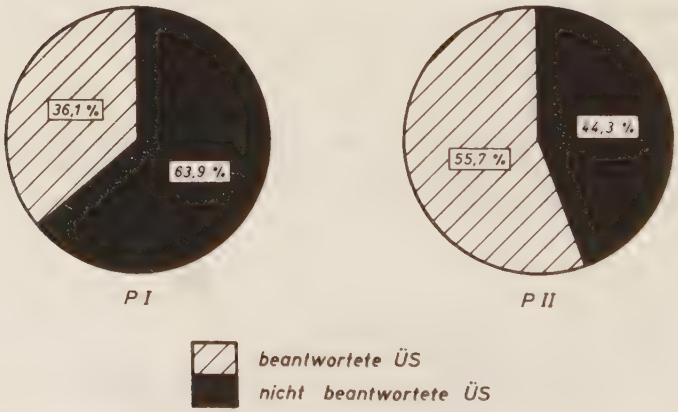

ABBILDUNG 10

Verhältnis beantworteter zu nicht beantworteten Überweisungsaufträgen

Fachärzte, die dem Allgemeinarzt antworteten, teilten ihre Befunde telefonisch oder schriftlich mit. Schriftliche Befunde (in der Mehrzahl) erhielten beide Praxen je nach Fall und Fachgebiet 1-8 Tage nach der Untersuchung des Patienten.

Soweit die Überweisungsaufträge nicht eine diagnostische Ur-

sache hatten (z. B. Röntgen, Labor), enthielten die Berichte zu 90 % Therapievorschläge, Hinweise auf Nebenbefunde, andere Möglichkeiten der Diagnoseklärung.

Abb. 11 stellt vergleichend die beantworteten und nicht beantworteten Überweisungsaufträge pro Fachgebiet dar. Dabei ist die ÜS-Zahl des entsprechenden Faches gleich 100 %.

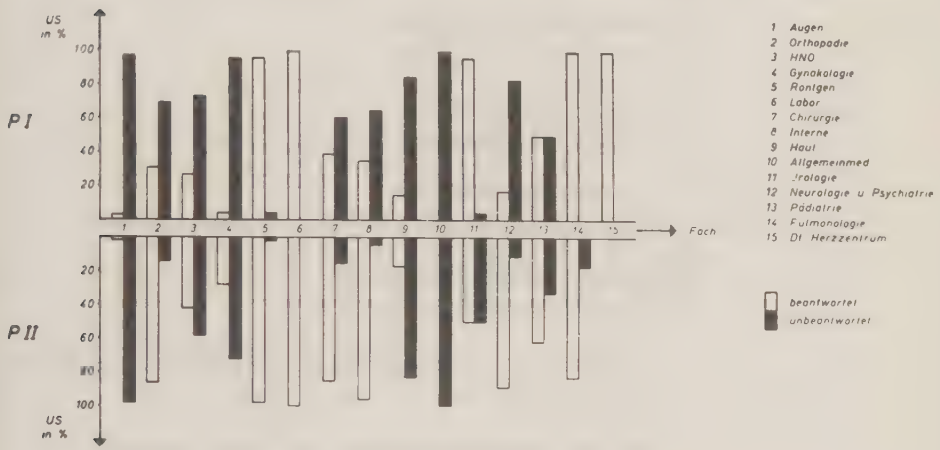

ABBILDUNG 11

Vergleichende Darstellung der beantworteten und nicht beantworteten ÜS pro Fachgebiet

Es ergibt sich für beide Praxen übereinstimmend eine mangelhafte Beantwortung der Überweisungsaufträge in den Fachgebieten:

AUGEN, HNO, GYNÄKOLOGIE, HAUT, ALLGEMEINMEDIZIN, PÄDIATRIE.

Labor- und Röntgenaufträge wurden nahezu alle schriftlich beantwortet.

3.6 Überweisungsursachen

3.6.1 Hauptursachen

Hauptursachen, die zur Ausstellung eines ÜS führten:

1 auf Wunsch des Patienten
(Kap. VI/2/2, Beispiel 1 und 2, S. 30/36)

2 Notfallüberweisungen
(S. 26/37)

3 zur Mitbehandlung
(Kap. VI/4, Beispiel 4 S. 50, Beispiel 7 S. 52)

4 zur Weiterbehandlung
(Kap. VI/4, Beispiel 5 S. 51, Beispiel 6 S. 51)

5 zur Krankheitserkennung
(Kap. VI/4, Beispiel 3 S. 50)

6 zur ambulanten Behandlung nach stationärem Aufenthalt

7 zur Krankheitserkennung und Weiterbehandlung
(Kap. VI/4, Beispiel 4 S. 50)

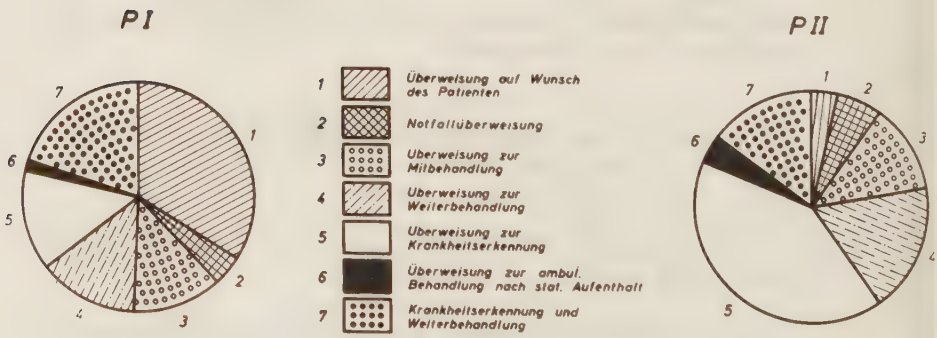

ABBILDUNG 12

Darstellung der Hauptursachen prozentual zur GÜS-Zahl je Praxis I und II

Überweisungen auf Wunsch des Patienten wurden überwiegend in P_I ausgestellt (Kap. VI/1, S.24/25).

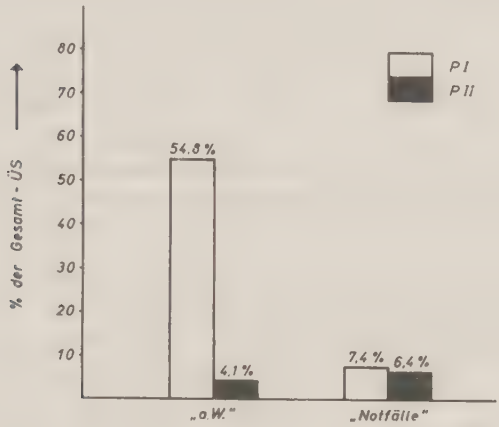

ABBILDUNG 13

Vergleichende Darstellung der "a. W." überwiesenen und Notfälle

3.6.2 Seltene Ursachen

Beispiele für seltene Sonderfälle der Überweisungen gab es im QII/74 weder in P_I noch in P_{II}.

Dieses sind z.B.

Überweisungen zur ärztlichen Assistenz in eigener Praxis

Überweisung zur fachärztlichen Besuchsbehandlung

Überweisung zum Konsilium

BEISPIELE AUS P_I UND P_{II}

Beispiel 3

62-jährige Frau, die seit einigen Monaten eine zunehmende Schwellung an der linken Wange, unterhalb des Ohres, bemerkt. Der AA findet eine derbe, nicht druckschmerzempfindliche Schwellung im Bereich der linken Parotis ohne klinische Beeinträchtigung des Kiefergelenkes und der Facialisnerven. Er überweist zum HNO-Arzt.

Überweisung an Arzt für Allgemeinmedizin / Arzt für
wegen (Diagnose / Verdacht auf): Verdacht auf Parotis-Tu li
Aug.: (HNO)
Hr.: ab
Nr.: Rö-Urol
a. Wunsch d. Pat.

Überweisung erfolgt:
a) zur Mitbehandlung ☐ zur Weiterbehandlung ☒ zur Konsiliaruntersuchung ☒
b) zur ambulanten Behandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung ☐
c) zur Durchführung bestimmter Leistungen – z. B. Röntgen, Labor (Untersuchungsgut / Herkunft des Materials bitte unbedingt angeben) – (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):
fachärztliche Diagnosehlärung (ev histologisch)

Besondere Hinweise: NB Lipomatose am Rücken BKS 22/48

Ein Befundbericht blieb aus.

Beispiel 4

34-jährige Arbeiterin mit Verdacht auf acute Sinusitis maxillaris nach grippalem Infekt.

Überweisung an prakt. Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin / Facharzt für HNO

☐ a) zur Mitbehandlung ☒ zur Weiterbehandlung ☒ zum Zwecke der Krankheitserkennung
wegen gripp. Infekt
Verd. auf Sinusitis max. re

☐ b) wegen Notfallbehandlung ☐ zur ambulanten Behandlung nach stat. Krankenhausbehandlung
c) zur Durchführung bestimmter Leistungen – z. B. Röntgen, Labor – (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):
Rö NNH und fachärztliche Behandlung

wegen
d) Besondere Hinweise: Therapie bisher Bactrim 2-0-2 / tgl

AU voraussichtlich bis 20.5.74 bescheinigt.

Bei dieser Überweisung ist es u. a. wichtig, dem Facharzt die schon vom Allgemeinarzt bescheinigte voraussichtliche AU (Arbeitsunfähigkeit) bekannt zu geben. Eine weitere AU erfolgt, falls nötig, von Seiten des FA. Im vorher gezeigten Fall erfolgte kein fachärztlicher Bericht.

Beispiel 5

Eine junge Frau leidet seit einigen Monaten an einem urticariellen Ekzem. Bisher hatte die Behandlung wenig Erfolg. Der HA befindet sich in einer "therapeutischen Sackgasse". Die Patientin wird mißtrauisch. Sie erhält folgenden ÜS:

Überweisung an Arzt für Allgemeinmedizin/Arzt für .....

wegen (Diagnose/Verdacht auf): allergisches Ekzem

Hautarzt

Überweisung erfolgt:

a) zur Mitbehandlung ☐ zur Weiterbehandlung ☒ zur Konsiliaruntersuchung ☐

b) zur ambulanten Behandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung ☐

c) zur Durchführung bestimmter Leistungen – z. B. Röntgen, Labor (Untersuchungsgut/Herkunft des Materials bitte unbedingt angeben) (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):

Besondere Hinweise: .....

AU voraussichtlich bis ..... bescheinigt.

Für den Hautarzt wäre es nun aber wichtig zu wissen, ob der AA einen Anhaltspunkt für die mögliche Noxe hat, und vor allem, wie er die Patientin bisher behandelte. War es eine lokale oder parenterale Therapie oder beides? Wie sehen die Blutbefunde aus (z. B. Blutbild, Harnsäure, Transaminasen, Lipidstatus)?
Dieser ÜS wurde nie beantwortet.

Beispiel 6

Bei einem jungen Mann, der erstmals in der Praxis erscheint, besteht der Verdacht auf eine Sinusitis maxillaris ac.
Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten einer sinnvollen Diagnostizität und Therapie

a) überweisen zum Rö der NNH, danach, wenn Diagnose bestätigt, die Behandlung selbst übernehmen oder an einen HNO-Arzt überweisen (z. B. Spülung)

b) sofort zum HNO-Arzt überweisen.

Bei einer solchen Entscheidung hat es der Arzt in der Stadt, der von Fachärzten umgeben ist oder sogar in einem Ärztehaus wohnt, leichter.

Ein Beispiel für Mitbehandlung des Patienten durch den Facharzt.

Beispiel 7

60-jähriger Mann mit akuter Harnverhaltung bei bekannter Prostatahypertrophie

Überweisung an prakt. Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin / Facharzt für Chirurgie Urologie 1)

a) zur Mitbehandlung ☒ zur Weiterbehandlung ☐ zum Zwecke der Krankheitserkennung ☐

wegen acute Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie mit Cystitis (NB: Herzinsuff. → Gladixol 2x1 Tbl tgl. seit einigen Monaten)

b) wegen Notfallbehandlung ☐ zur ambulanten Behandlung nach stat Krankenhausbehandlung ☐

c) zur Durchführung bestimmter Leistungen - z. B. Röntgen, Labor - (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):

starker Harndrang, Blasenentlastungsversuch mit Weichteilkatheter (Ch 18) war nicht möglich.

wegen Urinbefund (18.5.74) E+, Zo, Nit.++, Sed. 800 Leuko, 60 Ery,

d) Besondere Hinweise: massenhaft Bakterien (Urin zur Fakt. Unters. weggeschickt) Bisherige Behandlg. (seit 18.5.74) Uro-Binotal 2x2g/tgl., Spasmolyt, am 16.5.74 1 Amp. Depostat i. m.

1) der Urologe der Kleinstadt hat keine Belegbetten im Krankenhaus.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, daß gerade im Falle der Mit- bzw. Weiterbehandlung der Platz auf dem ÜS für exakte übersichtliche Mitteilungen nicht ausreicht. Der Patient wurde zunächst ambulant katheterisiert und nach Abklingen der Cystitis prostatatektomiert. Die Berichte erfolgten sowohl nach ambulanter als auch nach stationärer Behandlung prompt.

VII DISKUSSION

1.0 Jeder niedergelassene Allgemeinarzt hat seine Gruppe von Spezialisten, die er für bestimmte Krankheitsgruppen oder spezielle ärztliche Probleme zu Rate zieht. Aufgrund jahrelanger Zusammenarzt (P_I 6 Jahre, P_{II} 15 Jahre) hat man sich gegenseitig abgetastet und es ermöglicht, im Interesse des Kranken in gemeinsamer Arbeit zu wirken. Diese selbstgewählte Gruppe von Spezialisten und einem Allgemeinarzt kann ein sehr dynamisches Gebilde sein.

In der Tat war bei allen überwiesenen Patienten in P_I und P_{II} auffallend, daß sie trotz freier Arztwahl nach dem Namen eines Facharztes fragten. Sie wollten eine Empfehlung haben 1).

Seit einiger Zeit sind in beiden Praxen Briefumschläge mit Adresse und Wegweiserskizze vorhanden, die von verschiedenen Fachärzten zugeschickt werden.

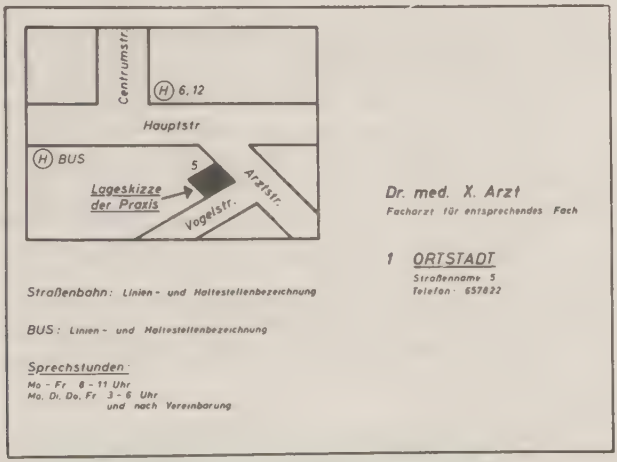

ABBILDUNG 14

Muster eines Briefumschlages, den FÄ an andere Ärzte verschicken

---

1) siehe Anhang B

1.1 Sehen wir die Zahlenbeispiele aus beiden Praxen, deren Strukturen beschrieben sind, stellvertretend an für alle allgemeinmedizinischen Kassenarztpraxen der BRD, so ergeben sich für die derzeitige ambulante kassenärztliche Überweisungstätigkeit folgende Gesichtspunkte:

1.1.1 Es bestehen Unterschiede in der Überweisungstätigkeit einer Land- und Großstadtpraxis, besonders in Bezug auf den vom Patienten gewünschten fachärztlichen Besuch 1).

Der große Unterschied zwischen den "a. W." überwiesenen Patienten in P_I und P_{II} liegt wohl darin, daß eine Großstadt die Denkweise der Menschen anders prägt und sie durch ein größeres Angebot von Fachärzten selbständiger handeln läßt.
Zusätzlich scheint sicher, daß die Auslegung und Anwendung des Begriffes "a. W." durch die Ärzte verschieden ist

Die Anzahl der Patienten, die wegen eines gestörten Vertrauensverhältnisses innerhalb eines Quartals den Arzt wechseln, läßt sich nicht zahlenmäßig erfassen. Der Patient benötigt dazu auch nicht unbedingt einen ÜS. Er kann - und wird dazu öffentlich ermuntert (z. B. Fernsehsendung Sonntagnachmittag im April 74) - zu seiner Krankenkasse gehen und sich einen 2. und 3. Krankenschein für das laufende Quartal aushändigen lassen.

Die Frage nach der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Überweisung "a. W." des Patienten bleibt jedoch offen. Der Facharzt muß selbst entscheiden.

1.1.2 Die Einstellung der Patienten zu Allgemeinärzten und Fachärzten wird getragen durch die öffentliche Meinung, wobei die Beeinflussung durch entsprechende Massenmedien nicht unerwähnt bleiben darf.

---

1) Diese Meinung wurde auch durch eine Arbeit von HAEHN in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin bekräftigt, die erschienen ist, während diese Arbeit in Druck ging.

Dazu ein Beispiel:

Beispiel 8

Ein 20-jährige Frau erschien im QII/74 erstmals in P_I und gab ihren Krankenschein ab. Sie hatte es sehr eilig, entschuldigte sich wegen der Störung, aber sie brauche dringend einen ÜS zum Gynäkologen, zum Augenarzt, zum Internisten.
Auf die erstaunte Frage des allgemeinärztlichen Kollegen, was ihr denn eigentlich fehle, antwortete sie: "Ach ja, da habe ich eine Warze am Finger und wollte Sie fragen, an wen ich mich deshalb wenden kann"!

Hier dient der Allgemeinarzt als "behördliche Instanz". Ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt kann gar nicht erst entstehen, und eine Richtungsweisung aufgrund gewonnener Symptomatik wird von vorneherein abgelehnt.

1.1.3 Es besteht eine Unzureichende gegenseitige medizinische Information, die zu Lücken im Gesamtkomplex Patient-Krankheit-Arzt führt (siehe Abb. 10/11, S. 46/47, Beispiele, Anhang).

Als Gründe für die deutlich höhere Anzahl der beantworteten ÜS in P_{II} ($P_I : P_{II} = 1 : 2$) sind zu nennen:

a) Die kleinere Auswahl an FA auf dem Land. Dadurch gehen die Patienten häufig zu dem vom HA empfohlenen FA. Dieser gehört zu der Gruppe von Spezialisten, mit denen ohnehin eine gute Zusammenarzt besteht.

b) Der AA der Praxis II erteilte dem FA durch ausführliche Angaben (z. B. Arzneiunverträglichkeiten, laufende Therapie, andere Erkrankungen etc.) exakte Aufträge. Dies war bei P_I nicht immer der Fall 1). Allzuviele Angaben jedoch von Seiten des AA können die Objektivität des FA beeinflussen.

c) Die Schwerpunkte der Überweisungsursachen in P_I

---

1) Beispiel 5, S. 51

und P_{II} sind unterschiedlich (siehe Überweisung a. W." des Patienten).

1.2 Die Konsequenz aus dem Ergebnis macht Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten erforderlich:

1.2.1 1. bessere allgemeinärztliche Information für den FA.

2. schnelle und zuverlässige fachärztliche Beantwortung.

Ein neuer Überweisungsschein, bei dem alle Kriterien bedacht wurden, wäre ein Verbesserungsvorschlag. (Das Honorar des FA für den Arztbrief brauchte deshalb nicht wegzufallen.)

Der ÜS hat 3 Teile (Abb. 15):

Blatt 1: für AA
Blatt 2: Durchschlag für FA
Blatt 3: Abrechnungsblatt

Blatt 2 und 3 sind wie bisher auf der Rückseite vorgedruckt zur Abrechnung.

Der Platz für kurze fachärztliche Mitteilungen ist ausreichend auf Grund der Befundauswertung in P_I und P_{II} im Bearbeitungszeitraum QII/74 1). In einigen Fachgebieten (z. B. Augen, HNO) können entsprechende Stempel verwendet werden. Bei notwendigen längeren Befundberichten (z. B. Psychiatrie) kann der ÜS mit dem Hinweis "s. Brief" versehen werden.

Erklärung zur Handhabung des Überweisungsvordruckes

Ein Durchschreibesatz (3 Formulare, wie z. B. bei KH-Einweisung, AU-Bescheinigung, Krebsvorsorge Frauen etc.), wird vom AA ausgefüllt und wie bisher dem Patienten mitgegeben. Der FA füllt die für ihn bestimmte Hälfte

---

1) in der vorliegenden Arbeit nicht aufgezeigt.

ABBILDUNG 15

Vorschlag für einen Überweisungsschein

AOK | LKK | BKK | IKK | Knappschaft

(Name des Versicherten) (Vorname) (geb am)

(Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.) (Vorname) (geb am)

(Arbeitgeber/Dienststelle)/Mitgl.-Nr.[Krankenschein-Nr.]/Freiw./Rentner)

(Wohnung des Patienten)

M | F | R

Versichertengruppe laut Krankenschein kennzeichnen

Krankenkassen Nr. laut Krankenschein

Überweisungsschein

für ambulante kassenärztliche Behandlung

Zur Beachtung für den Versicherten!
Dieser Überweisungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach seiner Ausstellung verwendet wird, spätestens mit Ablauf des Kalendervierteljahres seiner Ausstellung.

Überweisung an Arzt für Allgemeinmedizin/Arzt für

Aug-Chir-Gyn-HNO
Haut-Int-Kind-Lab
Neurol-Orthop-RÖ-Urol
Sonstig:
a Wunsch d Pat.

AU voraussichtlich bis ..... bescheinigt.

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen. ☐ Berufskrankheit ☐

Gültigkeitsdauer

Eine auf dem Krankenschein angegebene Gültigkeitsdauer ist vom Überweisenden Arzt hier zu übertragen.

Ohne Angaben gilt dieser Überweisungsschein für das Kalendervierteljahr, in dem er ausgestellt wurde

Überweisung erfolgt:

a) zur Mitbehandlung ☐

zur Weiterbehandlung ☐

b) zur ambulanten Behandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung ☐

zur Konsiliaruntersuchung ☐

c) zur Durchführung bestimmter Leistungen — z. B. Röntgen, Labor (die gewünschte Untersuchung bitte genau bezeichnen):

FACHÄRZTLICHER BEFUND

VERDACHTSDIAGNOSE

VORUNTERSUCHUNGEN

ANDERE ERKRANKUNGEN

NEBENBEFUNDE

LAUFENDE THERAPIE

DIAGNOSE

THERAPIEVORSCHLÄGE

ALLERGIE AUF

AUSGESTELLT AM

(Kassenarztstempel) UNTERSCHRIFT DES ÜBERWEISENDEN ARZTES

BEHANDLUNG ERFOLGT

EINLEITEND ☐ FORTLAUFEND ☐

IST BEENDET ☐

KRANKENHAUSBEHANDLUNG NOTWENDIG ☐

TERMIN

BERICHT AM

(Kassenarztstempel) UNTERSCHRIFT DES FACHARZTES

des Vordruckes aus, schickt Blatt 1 an den AA zurück, behält Blatt 2 für sich und schickt Blatt 3 der KV zur Abrechnung.

Vorteile:

1. Aufforderung an den Allgemeinarzt zur besseren Information des Facharztes (die meisten Daten können von der versierten Sprechstundenhilfe eingetragen werden, z.B. AU, Voruntersuchungen, Labor etc.).

2. Garantie des Allgemeinarztes eine Rückinformation vom Facharzt zu erhalten (Ergänzung der Berufsordnung).

3. Kontrolle und Beweis für den Facharzt in Bezug auf Stellungnahme zur Frage des Allgemeinarztes und für erbrachte Leistung.

4. Kontrolle darüber, ob der Patient den ÜS nutzt.

5. Sowohl der Facharzt als auch der Allgemeinarzt haben durch die Lochspalte am oberen Ende des Scheines die Möglichkeit, diesen pro Patienten übersichtlich zu ordnen (gleiches Format für alle Vordrucke!).

6. Dadurch bessere Verlaufskontrolle (z.B. Diabetiker - Augenarzt), sowohl für den Facharzt als auch für den Hausarzt.

7. Die Verordnung inkompatibler Medikamente kann vermieden werden.

Beispiel:

1. Überweisung eines Diabetikers zum Augenarzt

Allgemeinarzt:	Facharzt:
exakte Angaben zu allen Punkten (z.B. Neueinstellung, Diabetes seit 2 Jahren)	exakte Angabe der Sehkraft und Fundusbefund etc.

2. Überweisung (ca. 1/2 - 1 Jahr später)

Allgemeinarzt:	Facharzt:
Therapieänderung (und z. B. schlecht einzustellen etc.) usw.	entweder keine Befundänderung oder veränderter Befund im Sinne einer Verschlechterung etc.

Diese Beispiele sind für jedes Fachgebiet zu finden.

Gefordert wird die Bereitschaft der Beteiligten zu gegenseitigem informativem Schaffen. Die Kostenfrage müßte in adäquater Form von den Kassen geklärt werden, evtl. mit einer neuen Ziffer in der Gebührenordnung für Arztbriefhonorare.

VIII ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

"Die Überweisungen dienen weniger der Beseitigung einer völligen Unklarheit, als einer besonderen Form der Zusammenarbeit in der Medizin."

Dieses einleitend erwähnte Zitat, und die aus den vergleichenden Untersuchungen gewonnene Erkenntnis bilden eine Ungleichheit. Es konnte demonstriert werden, daß es zwar mannigfache Möglichkeiten der optimalen Arbeitsteilung in der Medizin zur Erkennung und Behandlung einer Krankheit gibt, die Koordination des Gefundenen jedoch mangelhaft erscheint.

Der Mensch ist eine Einheit. Geraten Teile davon in Unordnung, wendet er sich als Patient an einen Arzt. Er wählt ihn, wie wir gesehen haben, je nach Möglichkeiten, aus einem Kollektiv aus. Durch immer stärker werdende Information weiß er um die Teilfunktionen seines Organismus, und es wächst der Wunsch nach gezielter Untersuchung und Beratung durch einen Facharzt. Bei seinem Hausarzt erwartet er aber dennoch einen Koordinationspunkt, in dem die Teile wieder zu einem Ganzen gefügt werden; denn der Hausarzt kennt seinen Patienten in dessen unmittelbarer Umgebung. Wie eine Umfrage an Patienten (siehe Anhang B) beweist, glaubt auch der selbständige, aufgeklärte Patient an ein gutes Zusammenwirken aller ihn behandelnden Ärzte. Er hat recht, wenn er sich in einem solchen Mittelpunkt sieht, denn die Ausweitung von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten macht es notwendig, daß die Betreuung des Patienten in einer Hand bleibt ("Übergreifende Zusammenschau" des HA).

> "Bei den Überweisungen kommt es sehr darauf an, daß der Allgemeinmediziner die Fachkollegen ausreichend informiert. Der beanspruchte Spezialist wiederum muß sich um die Information kümmern und dann seinerseits das Wichtigste davon zurückschreiben, was er dachte und was mit dem Patienten geschah."

Nur zur Hälfte etwa erfüllen sich diese Forderungen nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen. Die Zusammenarbeit ist schlecht. Anstelle einer Koordination findet man eher entgegengesetzte Handlungsweisen. Patient, Allgemeinarzt und auch der Facharzt - wie eine weitere Umfrage an Fachärzte gezeigt hat (siehe Anhang B_{II}) - sind oft unzufrieden.

Die logische Konsequenz aus den o. g. Erkenntnissen ist also eine Ver-

besserung der Kooperation zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten und eine verbesserte, nicht irreführende Aufklärung des Patienten in Bezug auf die Tätigkeit des Allgemeinarztes. Die Parameter der Medizin sind in allen Bereichen gleich. Der Allgemeinarzt sollte nach Ausschöpfung seiner diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten - eingedenk des freien Patienten-Arzt-Verhältnisses - nicht zögern, den fachkundigen Kollegen mit ausreichender Information um Rat zu bitten. Der Facharzt hingegen sollte den fragenden Kollegen der Allgemeinmedizin nicht ignorieren und ihn durch Nichtinformation als schwächstes Glied der Kette betrachten.

Daß es eine erfreuliche allseits befriedigende Zusammenarbeit zu Gunsten des Patienten geben kann, zeigen ebenfalls einige Beispiele aus dem Untersuchungsergebnis.

Ein Vorschlag für eine Verbesserung der Zusammenarbeit wäre ein einheitlicher ÜS mit Frage und Rückantwort, so wie er z. B. bei den Vorsorgeuntersuchungen üblich ist (Vorschlagsvordruck Abb. 15/S. 57). Die Betreuung und Führung des Patienten durch den Allgemeinarzt würde erleichtert und verbessert, und dadurch das häufig gestörte Patienten-Arzt-Verhältnis gefestigt. Es ist ferner anzunehmen, daß der Facharzt befreit wird von einem Teil des "Ballastes", der ihn in seiner gezielten Tätigkeit stört.

IX RESUMÉE DER AUFGETRETENEN FRAGEN

Bei der Auswertung der gesammelten ÜS in beiden Praxen wurden einige Fragen aktuell, die zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zu klären waren und Anlaß für erneute Untersuchungen werden können.

1) Wieviele Patienten baten den HA erst nach dem Besuch beim FA um einen ÜS?

2) Nutzung der von HA ausgestellten ÜS. Wieviele Patienten ließen den ÜS verfallen?

3) Prüfung der fachärztlichen Antwort auf die Frage des AA. Wie ist die Bezugnahme? Stimmt die Vermutungsdiagnose mit der fachärztlichen Diagnose überein?

4) Überweisung des Facharztes zum Allgemeinarzt. Wer betreut die Patienten, die ihren Krankenschein dem FA geben, dann, wenn sie während der Behandlung bettlägrig werden, bzw. wenn ein desolater Zustand den weiteren Facharztbesuch verbietet?

5) Einstellung der überweisenden Allgemein- und Fachärzte zum Begriff "a. W.".

X ANHANG

A ERGÄNZUNG ZU GESONDERTEN ÜBERWEISUNGEN DER KASSENARZTPRAXIS

1. Überweisung von Kassenärzten zu Kassenzahnärzten

Seit dem 1. Juli 1962 besteht zwischen den Landesverbänden der bayerischen RVO-Kassen und der KVB eine Vereinbarung, derzufolge die Kassenärzte berechtigt sind, die bei ihnen in Behandlung stehenden Versicherten an einen Kassenzahnarzt zu überweisen, wenn nach Ausschöpfung der den Kassenärzten gegebenen Möglichkeiten eine dentogene Herdinfektion als Krankheitsursache möglich ist. Die vom Kassenarzt festgestellte Diagnose und die bisher durchgeführte Behandlung sind auf dem ÜS anzugeben. Die Kassenzahnärzte sind verpflichtet, die notwendigen Feststellungen, ob pathologische Veränderungen im Zahn- und Kiefersystem vorliegen, wonach eine dentogene Herdinfektion in Frage kommen kann, zu treffen. Das Untersuchungsergebnis sowie etwa durchgeführte Behandlungen bzw. vorzuschlagende therapeutische Maßnahmen sind dem Kassenarzt mitzuteilen.

2. Untersuchungsanträge für staatlich bakteriologische Untersuchungsanstalt

Seit 1. Januar 1969 nimmt die staatlich bakteriologische Untersuchungsanstalt nur noch Anträge an, die wie folgt gestaltet sind:

Teil I:	Untersuchungsantrag
Teil II:	Kostenrechnung
Teil III:	Laborbeleg
Teil IV:	Befundmitteilung

Dieser Untersuchungsantrag kann für Versicherte bei allen Kostenträgern verwendet werden. Ein ÜS für ambulante kassenärztliche Behandlung braucht daneben nicht mehr ausgestellt zu werden.

3. Überweisungen bei einem Arbeitsunfall

Begriff: (§ 548 RVO_I)
Ein Unfall, der sich während der Arbeit (auch Dienstfahrt) bzw. in der Schule, Hochschule, im Kindergarten, auf dem Weg zur oder auf dem Heimweg von der Arbeitsstätte bzw. Schule (§ 550 RVO) ereignet, gilt als Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung. Als Arbeitsunfall gilt ferner eine Berufskrankheit (§ 551 Abs.1 RVO).

Das Abkommen Ärzte/Berufsgenossenschaften vom 1.1.1956, Stand Juli 1971, ergänzt die gesetzlichen Bestimmungen, auf denen die gesetzliche Unfallversicherung beruht. Dieses Abkommen besagt u.a., Daß nur von den Berufsgenossenschaften zugelassene bzw. anerkannte Ärzte (D-Ärzte) berechtigt sind, im Falle eines Arbeitsunfalles ein Durchgangsarztverfahren einzuleiten.

Demzufolge muß der AA den Patienten, der einen Arbeitsunfall erlitten hat, zum D-Arzt überweisen.

Es ist gesetzlich bestimmt, wann der Zeitpunkt für eine D-Arzt-Überweisung gekommen ist.

> "Eine durchgangsärztliche Untersuchung ist bei Arbeitern und Angestellten nicht erforderlich, wenn die Unfallverletzung nicht zur Arbeitsunfähigkeit führt."

> "Wenn durch die Unfallverletzung Arbeitsunfähigkeit eintritt, so ist unverzüglich die Vorstellung beim Durchgangsarzt erforderlich. Das Gleiche gilt, wenn im Laufe der Behandlung spätere Arbeitsunfähigkeit eintritt. In der Schüler-Unfallversicherung ist die Vorstellung beim D-Arzt unverzüglich vorzunehmen, wenn die voraussichtliche Behandlungsbedürftigkeit mehr als 8 Tage beträgt."

Die Zuweisung an den D-Arzt erfolgt mittels eines ÜV (Überweisungsvordruckes) ohne kassenärztlichen ÜS. Die Kosten für das D-Arztverfahren trägt die jeweilige BG.

Der Vordruck besteht aus zwei identischen Teilen, die beide ordnungsgemäß und gut leserlich ausgefüllt werden müssen.

Der D-Arzt entscheidet dann, ob ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren eingeleitet wird oder nicht.

Entscheidet der D-Arzt für kassenärztliche Behandlung, oder wurde die Zuweisung zum D-Arzt durch den Kassenarzt nicht sofort nach dessen erster Inanspruchnahme, sondern nach späteren Inanspruchnahmen vorgenommen, so sind sowohl die Erstversorgung als auch die weitere Behandlung über Krankenschein bei der KV abzurechnen.

Der erstbehandelnde Arzt wird möglichst innerhalb 48 Stunden durch den D-Arzt-Bericht von der Entscheidung des D-Arztes benachrichtigt.

4. Überweisungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JASchG)

Seit dem 1.10.1961 haben wir das Jugendarbeitsschutzgesetz, das auszugsweise besagt:

> § 45 Ärztliche Untersuchungen
> Mit der Beschäftigung eines Jugendlichen (vom 14. bis 18. Lebensjahr) darf nur begonnen werden, wenn
>
> 1) er innerhalb der letzten zwölf Monate von einem Arzt untersucht worden ist und
>
> 2) eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung demjenigen, der den Jugendlichen beschäftigen will, vorliegt.

Meistens wird von den Jugendlichen ein Arzt für Allgemeinmedizin aufgesucht. Kann der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungszustand des Jugendlichen nur beurteilen, wenn das Ergebnis einer Ergänzungsuntersuchung durch einen anderen Arzt oder Zahnarzt vorliegt, so hat er die Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen und ihre Notwendigkeit im Untersuchungsbogen zu begründen (§ 4 des JASchG).

Zur Durchführung der Untersuchung ist vom Jugendlichen dem Arzt stets ein Untersuchungsberechtigungsschein vorzulegen. Die Ergebnisse der Erst- und Nachuntersuchungen werden in einen "Untersuchungsbogen" 1 eingetragen.

Wird eine notwendige Ergänzungsuntersuchung durch einen anderen Arzt ausgeführt, hat der erstbehandelnde Arzt die "Überweisungsmitteilung" auszufüllen. Dabei ist es erforderlich, daß der die Grunduntersuchung vornehmende Arzt Blatt 1 und 2 des "Untersuchungsberechtigungsscheines mit Überweisungsmitteilung" an den Facharzt über-

mittelt. Blatt 1 wird mit dem Befundbericht an den überweisenden Arzt zurückgegeben. Blatt 2 ist zur Honorarabrechnung des FA notwendig.

Die vom Arzt ausgestellten "Untersuchungsberechtigungsscheine mit Überweisungsmitteilung" sind mit fortlaufender Nummer in eine Liste einzutragen, in der die Jugendlichen, für die eine Ergänzungsuntersuchung angeordnet wurde, mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Anschrift aufzuführen sind. Die laufende Nummer der Liste ist als Nummer des Untersuchungsberechtigungsscheines auf dem Formblatt einzutragen.

5. Früherkennungsmaßnahmen §§ 181/368 0/7 etc. der RVO

Ein gesondertes Überweisungssystem stellen auch die Früherkennungsmaßnahmen dar. Sie erfassen:

§ 181, § 368 o Abs. 7, § 368 p Abs. 5, § 369 der RVO.

5.1 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebskrankheiten bei Frauen (vom 30. Lebensjahr)

5.2 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebskrankheiten bei Männern (vom 45. Lebensjahr)

5.3 Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres.

5.4 Maßnahmen zur Mutterschaftsbetreuung.

Die Krebsfrüherkennungsrichtlinien wurden am 28.4.1971 erstellt:

> Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gem. § 181 Abs. 2 und § 368 p Abs. 5 der RVO beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen in den §§ 181, 181a Abs. 1 und 368 e RVO entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Bei Inanspruchnahme der Untersuchungen ist der Arzt jeweils ein Berechtigungsschein vorzulegen (§ 181 b RVO).

Die Maßnahmen zur Früherkennung des Brust-, Genital- und Rectumkrebses bei der Frau umfassen neben der klinischen Untersuchung auch die zytologische Auswertung des entnommenen Materials.

Sofern der untersuchende Arzt die zytologische Untersuchung nicht selbst ausführt, sendet er das Material an einen Zytologen, der den einsendenden Arzt unterrichtet.
Die Untersuchungen werden auf einem dreiteiligen Berichtsvordruck aufgezeichnet.
Der ausgefüllte dreiteilige Berichtsvordruck wird zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an den Zytologen gesandt.
Die Teile a und b des Berichtsvordruckes werden vom Zytologen ausgefüllt an den Einsender zurückgeschickt. Teil c bleibt beim Zytologen.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen sind Überweisungen von Arzt zu Arzt (ausgenommen zur Zytologie) nicht möglich.
Sobald die Früherkennungsuntersuchung eine Krankheit oder einen Krankheitsverdacht ergibt, sind alle weiteren Maßnahmen (Diagnostik und Therapie) als kurative Leistungen zu erbringen und über Krankenschein abzurechnen.
Dieses gilt auch für die Früherkennungsmaßnahmen beim Mann (z. B. Überweisungen zum Urologen, Chirurgen oder Hautarzt).

Bei Kindern werden die Früherkennungsmaßnahmen in gleicher Weise gehandhabt. Ein Unterschied besteht lediglich in der Dokumentation:

Die Eintragungen des untersuchenden Arztes erfolgen in einem Untersuchungsheft für Kinder, das die Krankenkassen zur Verfügung stellen.

Sind Überweisungen zum Facharzt notwendig, muß nach Vorlage des Krankenscheines ein entsprechendes Überweisungsformular ausgefüllt werden.

B DEMOSKOPISCHE UNTERSUCHUNGEN

Zur Ergänzung des Ergebnisses, das die Untersuchung der ambulanten Überweisungstätigkeit in der Kassenarztpraxis erbracht hat, habe ich versucht, die Meinung der beiden anderen beteiligten Gruppen - Patienten und Fachärzte - kennenzulernen. Die Antworten einer Anzahl von je 50 Befragten kann jedoch keinen repräsentativen Querschnitt darstellen. Die Fragen sind einfach und - bedenkt man die Kompliziertheit der wissenschaftlichen Erforschung einer öffentlichen Meinung - sicher ergänzungsbedürftig.

1. Patientenumfrage

Befragt wurden 50 Patienten, Frauen und Männer zwischen dem 16. und 70. Lebensjahr. Die Befragten gehören nicht zu den Patienten der P_I und P_{II}. Antworten erfolgten schriftlich ohne Angabe zur Person. Es konnten alle 50 Fragebogen ausgewertet werden.

Die 15 gestellten Fragen mit den möglichen Antworten sind in Fragebogen I aufgeführt. (Die Zahlen in der Klammer hinter jeder Antwort bedeuten das numerische Ergebnis der Umfrage).

Fragebogen I

1. Wie oft waren Sie im letzten Jahr bei einem Facharzt?

keinmal	(6)
1-5 mal	(41)
öfter	(2)

2. Sind sie der Meinung, daß Ihr Hausarzt entscheiden sollte, wann und welchen Facharzt Sie aufsuchen sollten?

ja	(39)
nein	(11)

3. Haben Sie schon einmal Ihrem Hausarzt gegenüber selbst den Wunsch geäußert, von einem Facharzt untersucht zu werden?

ja	(32)
nein	(18)

4. Wenn ja, hatten Sie den Eindruck, daß Ihr Hausarzt verstimmt war, weil Sie ihn um eine Überweisung gebeten haben?

ja	(10)	(keine Antwort 18)
nein	(22)	

5. Fragte Ihr Hausarzt nach dem Grund der Überweisung?

ja	(26)	(keine Antwort 6)
nein	(18)	

6. Bekamen Sie den Überweisungsschein kommentarlos?

ja	(30)	(keine Antwort 11)
nein	(9)	

7. Warum gingen Sie auf eigenen Wunsch zum Facharzt?

a) Sind Sie der Meinung, der Facharzt könne Ihre Krankheit besser erkennen? (5)

b) Gehen Sie zum Facharzt, um einmal zu hören, was ein anderer Arzt zu Ihrer Krankheit sagt? (0)

c) Sind Sie der Meinung, der Facharzt hat bessere Möglichkeiten, Ihre Krankheit zu heilen? (6)

d) Sind Sie der Meinung, der Facharzt hat mehr Zeit für Sie als Ihr Hausarzt? (2)

mehrere Antworten:

a + c:	(11)
b + c:	(2)
a + d:	(4)
a + c + d:	(4)
a + b + c:	(3)
a + b + c + d:	(3)
keine Beantwortung	(10)

8. War der Facharzt meistens der gleichen Meinung wie Ihr Hausarzt?

ja	(21)	(keine Antwort 17)
nein	(12)	

9. Waren Sie zufrieden mit der Behandlung und Beratung des Facharztes?

ja	(34)	(keine Antwort 11)
nein	(6)	

10. Sind Sie der Meinung, daß Ihr Hausarzt vom Facharzt in jedem Fall einen Bericht erhalten soll?

ja	(46)	("Bekommt er stets")
nein	(1)	(keine Antwort 3)

11. Wenn ja, warum?

a) damit Ihr Hausarzt alles, was im Krankheitsfalle mit Ihnen geschieht weiß? (15)

b) damit Sie von Ihrem Hausarzt erfahren, was Ihnen fehlt, und mit ihm darüber sprechen können? (13)

mit

a + b:	(18)
keine Antwort	(4)

12. Sind Sie der Meinung, daß Ihr Hausarzt in jedem Fall einen Bericht vom Facharzt erhält?

ja	(42)	(keine Antwort 7)
nein	(2)	"nicht immer"

13. Sind Sie mit dem derzeitigen Überweisungssystem in Deutschland einverstanden?

ja	(25)	(keine Antwort 7)
nein	(18)	

15. Finden Sie das Überweisungssystem zu umständlich?

ja	(23)	(keine Antwort 2)
nein	(25)	

15. Wenn ja, was sollte Ihrer Meinung nach geändert werden?

(7) (keine Antwort 43)

Gegebene Erklärungen:

"Zweitkrankenschein zum Facharzt"

"Völlig freie Arztwahl ohne Überweisung"

"Es sollte so sein, daß man mit dem Krankenschein zu jedem Facharzt gehen kann, ohne den Hausarzt erst fragen zu müssen".

"Daß man nicht so lange betteln muß, um eine Überweisung zu erhalten."

"Daß vom Hausarzt mehr erklärt wird, was der Befund ergeben hat."

"Daß man sich mehr aussprechen kann, was los ist!"

"Genauso wie es ein Krankenscheinheft gibt, sollten gleichzeitig Überweisungen für Fachärzte jeden Faches dabeisein. Damit wäre die Lauferei um eine Überweisung zum HA über-

flüssig, erspart diesem Arbeit. Man kann sich trotzdem mit dem HA beraten, zu welchem FA man gehen soll, braucht dies nicht zu tun, wenn der HA nicht gerne überweist und am liebsten alles selber machen will! So manche Behandlung würde dadurch sofort in richtige Hände kommen. Ist der erwählte Facharzt nicht der Richtige, so kann er den Patienten jederzeit zum dafür zuständigen FA schicken."

Auswertung

82 % der Befragten konsultierten in den letzten 12 Monaten 1-5 mal einen Facharzt.

78 % sind der Meinung, daß ihr Hausarzt entscheiden sollte, wann und welchen Facharzt sie aufsuchen müssen.

22 % schlossen sich dieser Meinung nicht an. Den Wunsch fachärztlich untersucht zu werden, äußerten 64 % gegenüber dem Hausarzt. Den Eindruck, daß der Hausarzt wegen der Bitte um einen ÜS verstimmt war, hatten 20 % der befragten Patienten 44 % empfanden keine gegenseitige Mißstimmung, der Rest enthielt sich der Antwort. Nach dem Grund der Überweisung wurden 52 % gefragt, 48 % erhielten den "Schein" kommentarlos.

Die Meinung, daß der Facharzt die Krankheit besser erkennen könnte, und auch die besseren Möglichkeiten zur Heilung hätte, vertraten 60 % der Patienten. 16 % wollten einmal hören, was ein anderer Arzt zu ihrer Krankheit sagt und 24 % fanden, daß der Facharzt mehr Zeit für sie hatte als der Hausarzt.

Bei 32 verwertbaren Antworten auf die Frage nach einem Gleichklang in der Diagnostik des Allgemeinarztes antworteten 2/3 der Befragten mit "ja". Die Zufriedenheit mit der Beratung und Behandlung durch den Facharzt bekundeten 68 %.

Die Fragen 10 bis 12 sind darauf ausgerichtet, die Meinung des Patienten über die Zusammenarbeit der Allgemeinärzte und Fachärzte zu erfahren. Die Antworten sind zumindestens für dieses Kollektiv der Befragten beweisend. Es ist deutlich zu erkennen (Frage 11), daß der Patient trotz des Bestrebens nach möglichst vielen fachärztlichen Untersuchungen und der oft negativen Kritik allgemeinärztlichen Schaffens, einen Arzt ("Hausarzt") in seiner unmittelbaren Umgebung sucht, mit dem er aufgrund eines besonderen Vertrauensverhältnisses über alle seine Krankheiten sprechen kann. Er will geführt werden von einem

Arzt, der seine gesamte Persönlichkeit kennt, auch in soziologischer Hinsicht.

92 % der Befragten möchten, daß der Allgemeinarzt in jedem Fall einen fachärztlichen Bericht erhält und 84 % sind bei 12 % Stimmenthaltung der Meinung, daß der Hausarzt in jedem Fall einen Bericht des Facharztes bekommt!

50 % der Patienten sind mit dem derzeitigen Überweisungssystem in Deutschland einverstanden, 50 % finden es zu umständlich. 14 % nur der letzten 50 % gaben Erklärungen mit Änderungsvorschlägen ab. Darin kommt zum Ausdruck, daß der Patient zunächst selber entscheiden will, ob er einen Facharzt oder Allgemeinarzt aufsuchen soll, danach jedoch braucht er das Gespräch und die Beratung seines Hausarztes.

2. Facharztumfrage

50 Ärzte folgender Fachgebiete wurden befragt:

Augen (7), Interne (5), Chirurgie (3), Pädiatrie (5), Gynäkologie (6), HNO (4), Haut (5), Neurologie-Psychiatrie (4), Urologie (3), Orthopädie (4), Pulmologie (1), Röntgenologie (3).

Die Umfrage erfolgte aus eigener Initiative, schriftlich mit erklärendem Begleitschreiben. Angaben zur Person waren auf den Antwortschreiben nicht erforderlich (wurden jedoch von 80 % der FÄ gemacht!)

Fragebogen II

1. Sind Sie mit dem derzeitigen kassenärztlichen Überweisungsscheinsystem in Deutschland zufrieden?

ja	(22)
nein	(13)

2. Erhalten Sie von seiten der Allgemeinärzte eine ausreichende Information in Bezug auf die Fragestellung des Krankheitsbildes?

ja	(18)
nein	(17)

3. Führen Sie ausschließlich nur die gewünschten Untersuchungen aus?

ja	(13)	(beides angekreuzt	2)
nein	(19)	(keine Antwort	1)

4. Geben Sie den Patienten - soweit es Ihnen möglich ist - sofort Auskunft über das Ergebnis der Untersuchungen?

ja	(25)	"Entscheidung im Einzelfall"
nein	(10)	

5. Antworten Sie dem Allgemeinarzt auf die Frage, die er auf dem Überweisungsschein stellt?

telefonisch	(2)
schriftlich	(30)
bei Gelegenheit	(2)
gar nicht	(1)

6. Wenn Sie schriftlich antworten:
   a) teilen Sie nur Ihre Befunde mit?
   b) geben Sie eine Beurteilung der Befunde aus Ihrer Sicht? (2)
   c) machen Sie Therapievorschläge?
   d) Weisen Sie auf mögliche Nebenbefunde hin?

keine Antwort	(1)
a + c:	(2)
b + c:	(4)
b + c + d:	(21)
a + b + c + d:	(5)

7. Werden Ihrer Meinung nach zu viele Patienten von den Allgemeinärzten überwiesen?

ja	(8)
nein	(27)

8. Wie ist Ihr Verhältnis zu den überweisenden Allgemeinärzten?

gute Zusammenarbeit	(19)
schlechte Zusammenarbeit	(10)
kein Kontakt	
"Teils so teils so"	(6)

9. Können Sie eine Aussage darüber machen, wie viele der zu Ihnen überwiesenen Patienten wirklich in Ihr Fachgebiet gehören?

mehr als 80 %	(21)
50 bis 80 %	(14)
weniger als 50 %	(0)

10. Haben Sie den Eindruck, daß der Patientn, der zu Ihnen kommt, Sie selbst gewählt hat oder vom Allgemeinarzt zu Ihnen geschickt wurde?

eigene Wahl des Patienten	(17)
vom Hausarzt empfohlen	(10)
sowohl als auch	(8)

11. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem jetzt bestehenden Überweisungssystem geändert werden?

(15)

"daß die Untersuchung nicht auf den Untersuchungsauftrag begrenzt sein sollte".

"Es sollte abgeschafft werden und ersetzt von einer Versicherungskarte als Nachweis, daß der Patient versichert ist. (Wie dies bei der Versorgung der Bundesbahnbeamten der Fall ist). Eine Abstufung in verschiedene Klassen wäre unnötig, wenn nicht schädlich. Nach meiner Beobachtung erfolgen weit mehr Überweisungen auf Wunsch des Patienten als auf Veranlassung des HA, nur die Arztwahl wird mehr vom HA gesteuert".

"Die Bereitschaft der AA zur Zusammenarbeit mit den FA, ohne Angst zu haben, den überwiesenen Patienten ganz an den FA zu verlieren".

"Die Herausnahme der Überweisungsfälle aus der allgemeinen Kassenabrechnung".

"Das System gut, die Zusammenarbeit sollte besser sein".

"Einführung eines einheitlichen Überweisungsscheines für alle Kassen" (wiederholte Forderung!).

Auswertung

37,1 % der befragten FA äußerten sich unzufrieden über das derzeitig bestehende kassenärztliche Überweisungssystem in Deutschland, 61,4 % waren zufrieden. 51,4 % erhalten eine ausreichende Information von den AÄ, 48,3 % nicht. Nur die gewünschten Untersuchungen wurden von 37,1 % der FÄ ausgeführt, 54,2 % leisteten mehr. Dem Patienten wurden wenn möglich, in 77,7 % der Fälle sofort die Untersuchungsbefunde mitgeteilt. 85,7 % der Befragten gab an, daß die Befunde dem HA schriftlich mitgeteilt werden, im

Einzelfall auch telefonisch. Die meisten Kollegen (96 %) teilen nicht nur ihre Befunde mit, sondern geben Therapievorschläge und machen auf mögliche Nebenbefunde aufmerksam.

77,4 % der FA sind der Meinung, daß nicht zu viele Patienten vom AA überwiesen werden. Eine gute Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten bekunden 54,3 %, 45,7 % beklagten eine schlechte Zusammenarbeit. 60,0 % der FA bestätigen, daß mehr als 80 % der überwiesenen Patienten in ihr Fachgebiet gehören. Etwa die Hälfte (51,3 %) der Befragten meinte, daß der Patient nicht vom HA geschickt wurde, sondern a. W. kam.

Nach Meinung von 42,7 % der befragten FA ist eine Änderung zur besseren Zusammenarbeit und Vereinfachung des Überweisungsscheinsystems angebracht. Ca. 30 % fordern einen einheitlichen Überweisungsschein für alle Kassen.

XI LITERATURVERZEICHNIS

1 BRAUN, R. N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis 1970 (Urban und Schwarzenberg)

2 BRAUN, R. N.: Feinstruktur der Allgemeinpraxis Schattauer, Stuttgart 1961

3 SLUKA, L., ULBRICH, E., SCHMIDT, S., MUNDENBRUCH, R.: Kassenärztliches Praxislexikon Zauner, Juni 1973

4 LÜTH, P.: Niederlassung und Praxis Thieme, Stuttgart 1969

5 SCHMÜCKER, N.: Arzt in der Praxis, 2. Auflage J. F. Lehmanns, München 1969

6 ZÖLLNER, N., HÄUSSLER, S., BRANDLMEIER, P., KORFMACHER, J.: Die Allgemeinpraxis Springer, Berlin 1974

7 BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit Fischer 1970, Bd. Nr. 6005

8 GIENCKE, E.: Ein leerer Überweisungsschein Heft 6/74 der niedergelassene Arzt

9 SCHNEIDER, H.: Mediziner und Vorzeitforscher Zeitschrift für Allgemeinmedizin Nr. X/III, Hippokrates, Stuttgart 1974

10 BRAUN, R. N., BRANDT, H., REICHENFELD, B., WEGENAST, P.: Über die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpraktiker und Facharzt unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik Med. Klinik 109, 1964

11 HAEHN, K. D.: Das Krankengut in der Allgemeinmedizin Zeitschrift für Allgemeinmed. Heft 31, Nov. 74 S. 1375 Hippokrates Stuttgart

12 GÜRSTER, H.: Krankengut und statistische Diagnoseverteilung in einer Landpraxis
Inaugural Dissertation, München 1974

13 BRAUN, R.N., RAINER, O.:
Wie nötig sind die Informationen des überweisenden Arztes?
Med. Welt 23, 350 (1972)

14 MAIWALD, D.: Die kollegiale Kooperation
Der niedergel. Arzt 21, 28 (1972)

Herrn Prof. Dr. N. ZÖLLNER bin ich für die Überlassung der Dissertation dankbar.

Für die freundliche Unterstützung bin ich zu Dank verpflichtet
Herrn Dr. P. BRANDLMEIER
Herrn Dr. H. PILLAU und
Herrn Dr. O. UNGER.

XII LEBENSLAUF

Am 1. Februar 1941 wurde ich als einziges Kind des Kaufmanns Dietrich-Hans VOGT und seiner Ehefrau Magdalene, geb. Spiegel in Köln geboren. Mein Vater fiel 1943 in Rußland.

Nach dem Besuch der Volksschule in Buchenau/Krs. Hunfeld und Hillartshausen/Krs. Hersfeld und des Aufbaugymnasiums in Bensheim a. d. B. legte ich im März 1961 die Reifeprüfung ab. Anschließend studierte ich ab dem Sommersemester 1961 an der Justus Liebig Universität in Gießen zwölf Semester an der Medizinischen Fakultät. Mein medizinisches Studium beendete ich in Gießen mit dem Staatsexamen der Justus Liebig Universität im März 1967. Meine Bestallung als Arzt wurde mir mit Geltung vom 15. Februar 1970 vom Hessischen Staatsministerium des Innern erteilt.

Am 3. Dezember 1965 heiratete ich den Dipl. Chemiker Dr. Werner ERNST. 1968 wurde unsere Tochter, 1970 unser Sohn geboren. Nach verschiedenen Tätigkeiten als Assistenzärztin in Krankenhäusern und als Vertreterin in Stadt- und Landpraxen, beabsichtige ich, mich im Oktober 1975 in Postbauer/Opf. als Ärztin für Allgemeinmedizin niederzulassen.